

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación previa a la obtención del título de Economista**

***“Análisis integral de la reforma del sector salud del Ecuador y el  
Ministerio de Salud Pública”***

**David Sebastián Palacios Gordillo  
david.palaciosmdee@gmail.com**

**Director: Econ. Christian Albuja T. MBA  
christian.albuja@gmail.com**

**Quito, noviembre de 2012**

## **RESUMEN**

Se analiza una propuesta donde el enfoque principal es el alinearse a una reforma y reestructura del sector salud del Ecuador; proyecto que se encuentra en proceso de implementación, el cual forma parte del Ministerio de Salud Pública como mecanismo para aplicar la política sanitaria que mantiene el actual gobierno. Se hace referencia a estudios que explican la intervención del Estado a través de la generación y prestación óptima de los servicios públicos, creando un enlace con los lineamientos que pretende el proyecto, como por ejemplo; alcanzar el bienestar y el desarrollo colectivo partiendo de una gestión eficiente, un adecuado uso de los recursos fiscales que se designan a la inversión de proyectos que potencialicen el desarrollo del sector, así como construir una planificación territorial óptima que tenga como resultado el acercamiento en gran magnitud de los servicios de salud a la mayoría de la población ecuatoriana. Así, esta investigación pretende exponer resultados favorables en cuanto a la sostenibilidad y viabilidad de la reforma del sector, pues los beneficios que se llegan a generar; sobre todo en la población ecuatoriana que mas índices de vulnerabilidad y pobreza presenta, son bastante favorables y permiten que prevalezca una integración armónica que contribuya al desarrollo local, en base a la coordinación y ejecución de actividades que mantenga el organismo rector y regulador del sector; el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

**Palabras claves:** Intervención del Estado, gestión sanitaria eficiente, recursos fiscales, planificación económica, planificación territorial, sostenibilidad.



*Agradezco a Dios y mi a Lola que me iluminaron en todo este camino, que no es nada más que el inicio de nuevos retos y metas; agradezco de igual manera a mis padres que estuvieron en todo momento pendientes, apoyándome con sus consejos y experiencias; y a cada uno de mis verdaderos amigos que se volvieron parte esencial de mi vida universitaria.*

# ***Análisis integral de la reforma del sector salud del Ecuador y el Ministerio de Salud Pública***

<b>Capítulo I Introdcción.....</b>	<b>6</b>
Planteamiento del problema.....	9
Hipótesis.....	10
Objetivos .....	11
Metodología del trabajo.....	11
<b>Capítulo II Fundamentación teórica.....</b>	<b>14</b>
Teoría del estado del bienestar.....	15
Teoría del Gasto Público.....	17
Gasto público: Definición y clasificación .....	19
Efecto multiplicador sobre el gasto.....	22
Capital y desarrollo humano .....	25
Intervención del Estado.....	27
El Estado en el sector salud .....	29
Aspectos legales: De la Constitución de la República 2008 .....	34
Plan nacional del buen vivir.....	36
Estatuto orgánico por procesos del Ministerio de Salud: Políticas.....	38
<b>Capítulo III Descripción del sector salud y alcances de la nueva propuesta .....</b>	<b>41</b>
Sistema de salud del Ecuador: Diagnóstico .....	41
Situación actual del sector Salud .....	44
Descripción de la propuesta de reforma .....	49
Alcance de la propuesta de reforma.....	61
<b>Capítulo IV Aplicación de una reforma institucional.....</b>	<b>64</b>
Estrategias de implementación.....	64
Vialidad económica y sostenibilidad .....	67
Planificación territorial y estructura organizacional .....	72
Propuesta, costos e impacto fiscal: Creación de unidades desconcentradas.....	78
Análisis del impacto generado .....	81
<b>Conclusiones .....</b>	<b>89</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>90</b>
<b>Referencia bibliográfica.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>94</b>

## ***Prólogo***

La inversión estatal en temas de salud sufrió un deterioro considerable en la década pasada, generando deficiencias en el desempeño del sector de la salud. En el territorio nacional, existen bajos conocimientos en procesos sanitarios, limitado acceso a los servicios de salud, poca cobertura del mismo sobre los territorios y una falta de educación adecuada sobre temas de salud desde tempranas edades; estos son nada mas uno de los pocos elementos que determinan la falta de desarrollo y la necesidad de potencializar el sistema. Adicionalmente, la infraestructura y los recursos utilizados son inadecuados, el perfil médico no responde a los requerimientos actuales, existe debilidad en los diagnósticos, se constata escasa aplicación de tecnologías, falta de comunicación y de gestión en las unidades operativas y una notable desvinculación y aislamiento de las intervenciones efectuadas por actores involucrados en el sector.

El aspecto de la salud sobre cualquier nación es considerado como una de las herramientas fundamentales para incrementar el estilo de vida de las personas, debido a que al contar con una atención satisfactoria por parte de las instituciones de salud, las población podrá beneficiarse de servicios que ofrezcan mayor calidad, contado con personal médico y administrativo calificado y profesional, evidenciando de esta manera un nivel superior en la gestión, el diagnóstico, la cura y atención poblacional. Con este esquema se consigue la equidad y se eliminan las diferencias y discriminación entre las clases sociales en cuanto a la oferta de servicios y; por otro lado, las inconformidades de las clases menos favorecidas; que representan una gran proporción dentro del total de la población, serán atendidas con carácter prioritario por parte de las autoridades del gobierno que están a cargo de la gestión del sector salud.

Anteriormente, existía una crisis que amenazaba la integridad nacional, agravaba la situación del medio ambiente, incrementaba la pobreza y la inseguridad social, aceleraba los conflictos sociales, evaporaba toda esperanza de progreso y justicia social, fomentaba la migración del campesino a la ciudad, abandonaba totalmente la producción agrícola, y desintegraba a la familia por la emigración a otros países. Frente a este panorama se requiere que los sectores implementados por el gobierno dentro de los procesos que impulsan el desarrollo del país; y entre estos el sector de salud, tiene que ser entendida como una variable vital en los procesos de cambio, que coadyuve a orientar a la sociedad ecuatoriana hacia un sistema de relaciones más equitativa, que permita el tránsito hacia formas y relaciones más justas, que mejore la calidad de vida de los ecuatorianos, que tienda a contribuir con la formación del hombre y mujer para la nueva sociedad, que prepare un contingente humano dispuesto a erradicar las imperfecciones del pasado y a aportar en la construcción y defensa de la soberanía, la independencia, la justicia para sepultar prácticas erróneas de racismo, discriminación, opresión, al mismo tiempo que posibiliten forjar la unidad del pueblo en medio de la diversidad nacional y cultural.

El actual gobierno dirigido por el presidente Rafael Correa ha pretendido implementar una reforma interinstitucional e intersectorial a nivel nacional, lo que contempla en todo su contexto proyectos de

inversión con enfoque social y entre estos por supuesto, el de reforma y reestructura de la salud a través del Ministerio de Salud Pública como aplicación a su política sanitaria, tema sobre el cual se centra la presente disertación. La finalidad de la reforma es contribuir a la inclusión de la población en edad, sexo y condición social acercando los servicios a todos los rincones de la población para beneficiar a la gran mayoría, así como paralelamente constituir en un modelo de gestión en la salud pública sobre la atención y la práctica, ampliando los índices de oferta de servicios. Adicionalmente, busca establecer procesos de diálogo, conocimiento, concertación y aprendizaje sobre la salud con la intención de generar una integración armónica del sector.

En el primer capítulo se abordan dos temas principales: la introducción de la disertación y la metodología utilizada. En la primera sección, se manifiestan las causas y razones que motivaron la investigación. En la segunda parte, se expone los pasos seguidos para desarrollar la investigación, así como las técnicas utilizadas para recoger y analizar la información.

En el segundo capítulo, referente a la fundamentación teórica, se analizan los siguientes temas: la intervención del Estado, la inversión y el gasto público en el sector salud y desarrollo humano. En la primera parte, se estudia al Estado, su participación en la economía, autores que respaldan su intervención; así como el papel del gasto público y su clasificación. Como segundo aspecto, se establece la importancia de la acumulación de capital humano como estrategia para aumentar la productividad económica de las personas y por ende de los países. Posteriormente y en la última parte de este capítulo se aborda la salud, la importancia que tiene la participación del gobierno en el sector para que puedan producirse servicios de alta calidad que permitan el impulso y las puertas al desarrollo, fundamentando en un mapeo y revisión de la política sanitaria y de la normativa legal que se encuentra vigente del país.

En el tercer capítulo se abordan dos temas fundamentales: Primeramente se hace una revisión, análisis y descripción de la situación actual en la que se encuentra el sector, revisando la disponibilidad de oferta en cuanto a infraestructura y servicios, así como el presupuesto que emplea el gobierno para dar cobertura a procesos demandantes de salud por parte de la población y demás datos estadísticos. Como respuesta a esta revisión, dicho capítulo expone finalmente los alcances de la propuesta de reforma a ser empleados, cuales serán sus políticas a aplicarse, los lineamientos y enfoques que mantiene con el objetivo de potencializar la gestión y administración del sector.

En el cuarto capítulo se estudia la aplicación de una reforma institucional y los efectos que esta genera, ya sean sociales, culturales y económicos sobre la población ecuatoriana, realizando una descripción de la composición y de la distribución de los recursos fiscales que se requiere para la planificación que se tendrá que generar durante el desenvolvimiento y posterior ejecución del proyecto, así como también se planteará una propuesta de costos para la conformación de coordinaciones zonales y direcciones distritales y; el impacto fiscal que las mismas generan dentro del Presupuesto General del Estado.

Finalmente y una vez analizados todos los aspectos anteriormente expuestos, se hace una descripción del impacto general que producirá la reforma institucional de salud sobre el territorio ecuatoriano, lo cual se argumenta a través de las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La reforma y reestructuración del sector salud a nivel nacional, incluye la rehabilitación de la gestión que actualmente mantiene la planta central del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, incluyendo los niveles desconcentrados como son los hospitales y las áreas de salud que forman parte de este organismo de vital trascendencia. La propuesta tiene como “población objetivo” tener un alcance sobre todos los ecuatorianos y ecuatorianas del territorio nacional, ya que en los mismos se podrá reflejar los resultados que se generen una vez que haya sido ejecutado en su totalidad la implementación de dicha propuesta.

La Constitución de la República<sup>1</sup> mantiene aspectos sociales, políticos, y económicos que permiten ratificar la soberanía de la nación y que a su vez, incentiva a que la gestión de los funcionarios en las diferentes instituciones a nivel nacional sea de lo más eficiente. Por lo tanto, es importante recalcar que la Constitución afirma que el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional, es el titular encargado de establecer rectoría en cuanto a la prestación de los servicios de salud y funcionar como organismo gestor y coordinador para la planificación del uso óptimo de los recursos del sector, por lo que es importante tomar en cuenta lo que lo que la Constitución de la República señala en el Art. 361:

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector<sup>2</sup>

El gobierno nacional ha manifestado mediante informativos de prensa que la prestación de servicios de salud pública en el país presenta un cuadro que permite evidenciar el mejoramiento en cuanto a atención ciudadana se refiere; sin embargo todavía se registran altas tasas de necesidades básicas insatisfechas en la población, consecuencia de la falta de la ineficiencia en ámbitos como el de la gestión administrativa y atención, falta de infraestructura adecuada, poca provisión de equipamiento, escasez de recurso humano correctamente preparado y limitaciones presupuestarias. Estas características tienen relación directa con la variación de los indicadores epidemiológicos; cuadros virales; índices de mortalidad infantil, niñez maternidad y general, los cuales reflejan incrementos en la población, considerando que la salud materno-infantil es uno de los indicadores más importantes para determinar y presentar resultados acertados del estado de salud de un país.

La inversión estatal en temas de salud sufrió un deterioro considerable en la década pasada, pues se destinaba menos del 3% del producto interno bruto (PIB), aspecto determinante para que genere evidencias de un desempeño poco eficiente en el sector. Por ello, según la Organización Mundial de la

---

<sup>1</sup> Carta magna vigente en la República del Ecuador **Constitución del Ecuador 2008**. Montecristi Manabí: Asamblea Constituyente.

<sup>2</sup> Ibid, p. 165



Salud, un país en vías de desarrollado debería invertir el menos el 7% del PIB en salud y educación respectivamente, para salir del déficit social en el que se encuentra.<sup>3</sup>

La administración gubernamental ha realizado significativas inversiones en el sector salud en los últimos cuatro años. Sin embargo, los problemas persisten, pues la planificación y la gestión han sido poco tomadas en cuenta y abordadas con poca preocupación. Esto se refleja en la falta de organización para racionalizar los recursos, evidenciando debilidad en los diferentes mecanismos de implementación y control de las políticas, poca eficiencia en adecuación y mantenimiento de instituciones adscritas al Ministerio de Salud Pública, considerando que instituciones como la Subsecretaría del Litoral y las direcciones provinciales mantienen una estructura orgánica de procesos similar al de planta central, teniendo como resultado una reproducción del sistema lo cual es poco funcional como para que permita acercar y garantizar servicios adecuados que la población requiere.

Esta realidad ha generado obstáculos en cuanto al fortalecimiento y desarrollo de la atención primaria en salud, que contribuye al deterioro de los establecimientos que en muchos de los casos no cumplen con estándares de calidad óptimos, que limita de forma alarmante la capacidad para cumplir con el mandato constitucional de ejercer rectoría y ofrecer servicios sanitarios de calidad, pues la salud debe ser considerada como un derecho y requisito indispensable para el desarrollo de una nación, mas no como un privilegio de una parte de la población.

En muchos de los casos, las personas que habitan en los sectores rurales del país son las más vulnerables al rechazo y a la limitación sobre el acceso y el uso de los servicios de salud, ya que los mismos no cuentan con una entidad cercana a sus hogares que sea de fácil y rápido acceso, pues según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC – 2011) en base a los datos preliminares del censo poblacional y vivienda, el 34.9% de la población vive en zonas rurales, donde el 80% de la población se definió, según auto identidad étnica, como mestiza; 7% como indígena, 5% como afro ecuatoriana y 8% como blancos.

En esta coyuntura, la propuesta de una reforma y reestructura del sector salud en el país lleva consigo una meta de vital importancia: Alcanzar equidad en cuanto a cobertura y acceso a los servicios sanitarios, tratando de satisfacer las necesidades de toda la población; pues los servicios de salud cumplen con altos índices con respecto a la demanda por parte de la población, donde al mismo tiempo se tiene que garantizar el uso óptimo de los recursos financieros que el Estado comprometa en este sector.

---

<sup>3</sup> Luna Tamayo, Milton, *Más y mejor inversión*. Ecuador: Contrato Social.  
<http://www.contratosocialecuador.org.ec/home/contenidos.php?id=42&identifica>

## ***Planteamiento del problema***

### **Definición del problema**

En el Ecuador, las problemáticas que existen a nivel social son de gran preocupación, toda vez que se relacionan con indicadores de salud, pues se debe tomar en cuenta que dichos indicadores tienen su origen desde la mala distribución de la riqueza y de los ingresos económicos. La pobreza es uno de los principales factores para que la salud de las personas de pocos recursos económicos se vea más afectada que las de clases sociales media o media-alta. La porción considerada como la más pobre de la población ecuatoriana (Q1) refleja necesidades básicas insatisfechas con índices bastante pronunciados.

Los desafíos que el sistema de salud ecuatoriano debe atender no son muy distintos a los problemas que se evidencian en otras naciones latinoamericanas, debido a que entre los problemas más comunes que generan la mala administración del sector y; por ende, la mala prestación del servicio, es el aumento en los costos de salud cuyo resultado es el envejecimiento de la población, la vulnerabilidad al cambio de perfil epidemiológico, el modelo de atención y curación deficiente que se mantiene, así como los cambios sociales y culturales de la población, pues el esquema de una reforma y reestructuración del sector elimina toda concepción en cuanto a la concentración de prestación de servicios solamente en estratos específicos de la sociedad, donde existe la propuesta de que se elimine la fragmentación y segmentación del sector y más bien se impulse la articulación de las diferentes instituciones pertenecientes al MSP, incluyendo procesos de desconcentración y fortalecimiento de los procesos de gestión, atención y funcionamiento, así como de procesos administrativos y financieros.

El Ministerio de Salud Ecuador actualmente tiene una planta central con poca capacidad de control sobre la implementación de políticas, falta de procesos eficientes y descentralizados, deterioro de un sistema de información integral que facilite la toma de decisiones con el objetivo de que se pueda ejecutar funciones que se podrían realizar en localidades más cercanas a la ciudadanía. Se debe mantener en consideración que a nivel nacional se cuenta con una Subsecretaría Regional que solo abarca las provincias del litoral y 24 direcciones provinciales que cumplen funciones de gestión poco eficientes y que además que son de difícil acceso para todos los habitantes, en especial para aquellos que viven en las zonas rurales del país, pues dichas instancias cuentan con poco personal que mantenga un perfil técnico-administrativo adecuado que permita fortalecer la capacidad de su gestión.

### **Delimitación de la investigación**

En el estudio se analizan los niveles de eficiencia de la gestión que posee el sector salud, tanto en la parte administrativa como en la de prestación de servicios de salud para la población ecuatoriana, recalando que en un porcentaje considerable los habitantes del país viven en pobreza y extrema pobreza, lo cual les limita para acceder a servicios como este, por lo que el análisis mantiene un enfoque que aplique el intervencionismo del Estado en el gasto público con el fin de incrementar el beneficio. La información correspondiente a las políticas, lineamientos y normas a las cuales la autoridad sanitaria

debe regirse para su funcionamiento y gestión, se obtiene de la información que posea el Ministerio de Salud al igual que se recurrirá a información de la Constitución de la República Ecuatoriana 2008 y de la Ley Orgánica del Servicio Público 2010.

Debido a la vigencia y cambio en las leyes nacionales y; por tanto, de la gestión de las instituciones públicas del país, específicamente y en este caso del Ministerio de Salud Pública, el trabajo tiene como límite temporal el periodo enero 2009 – diciembre 2011, de tal manera que se pueda estudiar las diferentes documentos que demuestren la actual actividad del sector salud del país.

El estudio contempla también la necesidad de generar reformas que examinen las particularidades sociales, culturales, económicas y políticas del país, con respuestas que se adapten a la problemática que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano; como es la falta de liderazgo, el inadecuado modelo de atención médica, la limitada capacidad de gestión, la fragmentación institucional, la segmentación, la insuficiente cobertura y la afectación de calidad en los servicios de salud, pues para eliminar estas ineficiencias es necesario que se plantee sistemas de planificación en cuanto a los perfiles de eficiencia de los recursos humanos, la identificación y mejoramiento de los procesos que realiza el MSP, la dotación y adecuación de infraestructura y procesos adecuados que contemplen un sistema articulado en un modelo de atención y prestación de servicios que permita mejorar la salud de la población.

### ***Preguntas de Investigación***

#### **General:**

¿Cuál es el impacto que se genera en las diferentes instituciones al tener establecidos nuevos lineamientos de gestión que se encuentran en el marco de la reforma y reestructura del sector salud?

#### **Específicas:**

- ¿En qué medida el gasto que asume el Estado ecuatoriano, al implementar una reforma y reestructura del sector salud, es justificable para el desarrollo del mismo y del país?
- ¿Cuál es el alcance del proyecto de reforma y reestructura como nueva propuesta en el país, teniendo como base la realidad que refleja el sector actualmente?
- ¿En qué forma las políticas de prestación de servicios de salud de la nueva gestión del MSP pueden favorecer al bienestar de la población ecuatoriana?

### ***Hipótesis***

Las nuevas políticas que las diferentes instituciones del sector salud siguen al implementarse la reforma en base a los alcances y lineamientos de la reforma del sector, inducen a que se genere un ambiente de

gestión institucional más eficiente, que garanticen el desarrollo y agilidad para que la población ecuatoriana pueda gozar de los beneficios que brinda el nuevo sistema de salud pública.

## ***Objetivos***

### **General:**

Analizar el impacto social que la reforma del sector salud y su situación institucional generan al establecer nuevos lineamientos de gestión en las diferentes instituciones de salud, logrando demostrar que la misma es sostenible en el largo plazo y que a su vez el sector podrá ofertar servicios de salud pública más eficiente y de calidad. .

### **Específicos:**

- Analizar las necesidades y la viabilidad en cuanto a los costos para justificar una implementación de reforma y reestructura institucional del sector salud como un mecanismo de desarrollo para el sector.
- Describir la situación actual de la administración del sector salud y analizar los lineamientos, así como los alcances que tiene la nueva propuesta en el marco del proyecto de reforma.
- Analizar el beneficio social que la población ecuatoriana obtendrá al fortalecer las políticas de prestación de servicios del sector salud y la articulación entre instituciones, determinando la sostenibilidad de la reforma.

## ***Metodología del trabajo***

### ***Tipo de investigación***

La investigación es correlacional descriptiva, por cuanto es necesario describir los efectos e impacto social que genera la implementación de una reforma institucional del sector salud.

La investigación de tipo correlacional se fundamentó en la asociación y en el vínculo que mantienen dos o más variables del estudio, para lo cual se determinó el grado de relación que se tiene entre los niveles de gasto del Estado ecuatoriano enfocados en el sector salud y el beneficio que la población urbana y rural pueden alcanzar a través de las intervenciones del gobierno; justificando de esa forma la sostenibilidad del proyecto en el mediano y largo plazo.

El tipo de investigación descriptivo se contempló básicamente en el capítulo III y IV basándose en la recolección y análisis de datos que permiten que se pueda establecer una clara imagen de la actualidad en la que se encuentra el sector de salud versus la propuesta que se pretende emplear en el país. Este acontecimiento parte de características primordiales que determinan la calidad de la prestación de

servicios que son ofertados en base a los lineamientos que contempla una reforma enfocada en la gestión y desarrollo de procesos del sistema. Adicionalmente, la presente investigación contempla aspectos relacionados con las instituciones sanitarias en el ámbito de administrativo y económico de la salud.

### ***Método de investigación***

El método de investigación empleado en el presente estudio es el deductivo, debido a que facilita el estudio de fenómenos y problemas que van desde lo general a lo particular; es decir que se analizó el estado en el que se encuentra la gestión del Ministerio de Salud Pública (planta central) para llegar a un diagnóstico del sector a nivel nacional, de tal manera se logra identificar las falencias, así como determinar los lineamientos que deben emplearse para generar una oferta eficiente de servicios por cada uno de las instancias del sistema.

### ***Fuentes de información***

La entrevista y la recopilación de documentos, son uno de los procedimientos mayormente empleados en lo que se refiere a investigaciones de carácter social, ya que dichos procedimientos permiten acceder a información certera y cercana a la realidad; pues en estos se mantiene un diálogo y coordinación entre el investigador y la fuente, que es el sujeto de investigación.

Adicionalmente, se utilizaron datos que reposan en las diferentes direcciones del Ministerio de Salud, información referente al proyecto de reforma, estadísticas sociales, asistencia a capacitación y socialización del estado en el que se encuentra la máxima autoridad de la cartera de Estado en mención y la gestión de sus instituciones adscritas. También se solicitó información al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y a la Subsecretaría de Planificación de Desarrollo Social.

Como herramientas de información, se acudió a publicaciones en revistas o en diarios, libros y artículos relacionados con el tema tratado; los mismos que fueron de ayuda para determinar la fundamentación teórica de la investigación.

### ***Procedimiento metodológico***

Para el estudio, se recopiló información sobre los postulados de John Maynard Keynes<sup>4</sup> y de Michal Kalecki<sup>5</sup>, por lo que se requirió analizar las explicaciones y argumentos que mantienen en referencia a la intervención del Estado, así como también del gasto público; actividades que pueden llegar a generar un alto impacto en la sociedad al momento de pretender alcanzar el estado del bienestar.

---

<sup>4</sup> Economista británico, considerado como uno de los más influyentes del siglo XX, cuyas ideas tuvieron una fuerte repercusión en las teorías y políticas económicas.

<sup>5</sup> Economista polaco que se especializó en macroeconomía y desarrolló simultáneamente gran parte de los principios que sostendría John M. Keynes

Al mismo tiempo y partiendo de estas teorías, se evidenció efectos y fenómenos económicos – sociales que pueden ir desarrollándose en la población ante una asignación de recursos fiscales que mantienen directrices para utilizarse adecuadamente y poder satisfacer las necesidades y requerimientos de la ciudadanía.

Una vez analizadas las teorías de los autores mencionados, se procedió a vincular estos argumentos con los teoremas del efecto multiplicador del gasto, donde se llega a determinar la intensidad con la cual el Estado ecuatoriano direcciona su recurso fiscal al sector salud, donde se logra determinar las desigualdades y deficiencias en cuanto al uso de los recursos. Esto como precedente de la existencia de una prestación de servicios de salud públicos poco eficientes, lo cual corrobora la falta de gestión y de administración de las instituciones del sector.

Al estudiar detenidamente los recursos teóricos, la presente disertación mantuvo concentración en el levantamiento de información que se enmarca en las políticas sanitarias que el gobierno ecuatoriano actualmente mantiene, mismas que fueron consideradas como un aspecto de gran relevancia ya que estas son tomadas como parte de los lineamientos del proyecto de reforma y reestructura, fundamentando su investigación y mapeo del marco legal - político sobre los mandatos de la Constitución de la República; la cual refiere al Ministerio de Salud Pública del Ecuador como la autoridad sanitaria del país. De igual forma se estudian los objetivos que mantiene el Plan nacional del buen vivir, donde se contempla la reforma institucional sobre el territorio ecuatoriano con la finalidad de fortalecer las expectativas y el estilo de vida de la población.

A continuación, se procedió a solicitar documentación así como también establecer entrevistas<sup>6</sup> con las autoridades del Ministerio de Salud, donde se logra obtener información que sirvió de base para el análisis e impacto que genera la implementación de una reforma institucional. Cabe mencionar que dicha institución brindó las facilidades del caso para acceder a diversa información, obteniendo como resultado el que se pueda realizar un análisis completo del presente estudio y lograr establecer también una descripción de la realidad en la que se encuentra el sector frente a las ventajas que se pueden llegar a obtener mediante la implementación de esta propuesta. El Ministerio de Salud pretende llegar a establecer una reforma fuerte y bien estructurada hasta inicios del 2014, de manera que se procedió a detallar las generalidades del proyecto; exponiendo las atribuciones, procesos y responsabilidades que actualmente mantiene planta central, las direcciones provinciales de salud y demás entidades adscritas.

Se expuso de igual forma lineamientos y normas a las que deben regirse dichas instituciones una vez ejecutado el proyecto para justificar que la intervención del Estado será la óptima y; que paralelamente genere gran eficiencia al momento de implementar el nuevo modelo institucional, destacando los servicios que oferta el sector y los servicios que demanda la población, exponiendo a su vez la manera en la que debe realizarse una adecuada gestión institucional para generar servicios de salud dignos y eficientes.

---

<sup>6</sup> Reuniones y entrevistas realizadas a finales del mes de octubre del 2011 a: Ing. Lenin Aldáz (Director Nacional de Procesos); Psc. María Alarcón (Asesora Recursos Humanos); Freddie Vega (Coordinador Administrativo Financiero)

Con estos antecedentes, es importante precisar que la investigación se la realizó en un periodo aproximado de 9 meses, tal como lo refleja el cronograma elaborado (véase anexo “A”). Se procedió también a detallar sobre el beneficio social en función de la implementación de la reforma, para lo cual se expuso las generalidades y descripción que mantiene la propuesta a desarrollarse, misma que ha sido revisada por diferentes organismos públicos del Ecuador, como es el caso del Ministerio de Finanzas, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Relaciones Laborales y la Secretaría de Desarrollo Social. La indagación sobre el proyecto en mención, también se centró en las estrategias a las que debe regirse la reforma para que refleje impactos positivos en la población, determinando una lógica organizacional y también de gestión por cada una de las instancias que conforman las instituciones del sector, donde se respete la rectoría de todo el sistema creando un entorno de armonía entre entidades públicas de salud públicas, mixtas y privadas. En base a estos lineamientos, se determinó también la viabilidad económica al que el proyecto debería apegarse, donde se plantea una especificación de costos sobre los diferentes componentes que pretende llevar el proyecto.

Finalmente, se hizo un acercamiento sobre el impacto social que la reforma institucional genera en la población, y se concluyó que las necesidades sanitarias de la población ecuatoriana serán atendidas eficientemente, ya que la gestión de las instituciones del sector serán quienes generen procesos de calidad como también servicios dignos; pues como resultado se logró determinar que la implementación de la reforma es sostenible y viable en el tiempo.

## Capítulo II

### Fundamentación teórica

En el presente capítulo se procederá a establecer un análisis de una serie de conceptos, argumentaciones y enfoques teóricos que se presentan en el desarrollo del tema de la disertación. Los principales contenidos que se estudiarán son la intervención del estado, la inversión y el gasto público en el sector salud y desarrollo humano.

En primera instancia, dichos temas mantendrán un enfoque que centre su exposición en las estrategias que el Estado puede aplicar para intervenir los diferentes sectores de la economía, generando productividad y desarrollo a nivel personal como a nivel país. Seguidamente se establece un análisis del rol que mantiene el gasto público en la sociedad, enfocado a que el mismo sea parte de la inversión cuando el gobierno así lo considere; dicho aspecto será respaldado por los enfoques que algunos autores sostienen. Al mismo tiempo se presentará un breve argumento del enfoque del desarrollo humano como parte de un proceso que servirá para identificar la potencialidad en cuanto a las oportunidades que los seres humanos mantienen en la sociedad. Finalmente, se abordará a la salud, la importancia de la participación del Estado en el sector, la generación de servicios de calidad y el desarrollo de un sistema sanitario como parte del desarrollo nacional.

#### ***Teoría del estado del bienestar***

El enfoque de Keynes sobre esta teoría se fundamenta básicamente en que el Estado debe intervenir activamente en la economía y en la sociedad con la finalidad de complementar el funcionamiento del mercado, garantizando la existencia del bienestar de la población. Las instituciones típicas que se enfocan en generar un modelo de bienestar son las empresas públicas, pues el Estado se transforma en el empresario de aquellos sectores que juegan un rol importante para el funcionamiento de la economía y donde el capital privado no quiere o no puede intervenir.

La intervención del Estado lo que pretende es generar un estado de bienestar como ya antes se mencionó, tomando en cuenta que este papel del Estado pretende regularizar el modo de producción capitalista, eliminando la injusticia social, la irracionalidad económica, la estrechez política y la mala distribución de la riqueza. Los mecanismos de redistribución que adopta el Estado, buscan el beneficio de los sectores más vulnerables donde se equilibran los beneficios entre todas las clases, teniendo presente que se debe mantener estándares de asignación donde la provisión de bienes y el uso global de los recursos de la economía se divida equitativamente entre la parte pública y privada. Según menciona Ayala José “La estabilización y asignación de los recursos ofertados por las representaciones públicas se orientan al crecimiento real de la economía manteniendo el precio y calidad de los bienes y servicios”.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Ayala, José (1988), *Estado y desarrollo*. México: Facultad de Economía, Universidad Autónoma de México, p. 16.



El Estado de bienestar es aplicable en la gestión pública, pues las bases del pensamiento keynesiano apuntan a la frecuente intervención del Estado, ya que los países y sus desempeños en actividades económicas tendrán que aplicar una modalidad en la cual pueda resolver sus problemas de prestación de servicios públicos. De esta manera el sector público dejará su impronta en la eficiente asignación de los recursos, en la distribución de la renta nacional y en el nivel de la actividad económica. En palabras sencillas, es importante mantener un equilibrio entre la asignación, la distribución y la estabilización de las políticas públicas y el gasto que asume el Estado, ya que su desequilibrio abre paso a la inequidad social, bajos rendimientos de atención y desequilibrios macro como micro económico. Por lo tanto, en economías donde exista falencias del mercado en cuanto a la provisión de bienes y servicios, debe entrar el gasto público y suplir estas irregularidades, logrando que se restablezca la asignación de los recursos y generando bienestar en la población.

Según Keynes, para lograr el retorno del equilibrio y mantener una plena ocupación, es necesaria la intervención del Estado, ya que es éste quien puede mantener el nivel del gasto y de la inversión, ya sea controlando las tasas de interés mediante una adecuada política monetaria y crediticia y, ejercitando un control en los tipos de inversión. De este modo, el Estado puede intervenir sobre la propensión al consumo aumentando el poder de compra de los sectores más pobres, a través de pensiones y subsidios, o bien, a través de una política impositiva que favorezca los ingresos mínimos.<sup>8</sup>

Con el surgimiento del estado de bienestar, la intervención estatal se amplía considerablemente en el campo de los seguros sociales y la intervención en el mercado de trabajo; enfoque que presenta discrepancias conforme a lo que se argumentaba en la economía clásica y los fisiócratas, ya que pugnaron por el *laisse faire* que implica la nula intervención del Estado en los asuntos económicos, a excepción de las actividades que estrictamente creían que necesitaban de un subsidio, como por ejemplo el asegurar la paz exterior e interior, garantizando la propiedad.

El estado del bienestar es capaz de proveer servicios o garantías sociales para solventar las necesidades de la población, donde se impulse la cobertura de seguridad social en toda la población y eliminando la segmentación de la misma; es decir que se incentive el progreso de los derechos que se enmarcan en el acceso a la seguridad social como, por ejemplo, que la población pueda acceder a los beneficios de las pensiones sociales, la vigilancia sanitaria, el seguro al desempleo, el derecho a la educación y otra serie de servicios públicos aplicados a la universalización de los derechos, definiendo así los beneficios y el bienestar de la población como el sello de identidad de las democracias más avanzadas

Keynes como parte de su análisis respecto al estado de bienestar, inicia de la verificación del desequilibrio del sistema en época de crisis, pues el sistema no puede ser superado ni equilibrado por los mecanismos autorreguladores del mercado en estas instancias, por lo cual plantea que el Estado debe ser el organismo que intervenga en la administración, en la economía y la gestión de un país, donde los miembros de una sociedad tengan la expectativa legítima de que el gobierno o el Estado los apoye en momentos de necesidad y que se logre mantener una expectativa real de que cada una de las

---

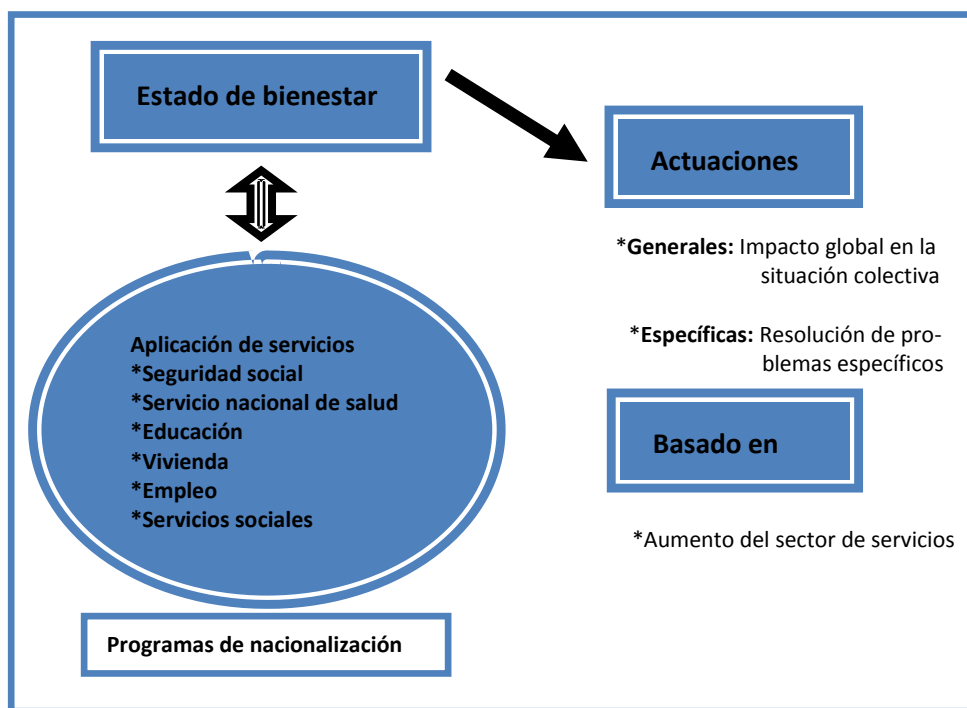
<sup>8</sup> Marcos García, Carmen (2007), *Estado de intervención: Enfoque Keynesiano*. Colombia: Escuela de Filosofía, p.20.

personas se beneficiarán de los esfuerzos comunes que se realicen a través del incremento sobre el progreso social.

La labor pública del Estado se concentra en las distintas administraciones o empresas públicas existentes y en los organismos autónomos, entidades que pueden o deben ser financiadas con fondos públicos para generar beneficios en favor de todos los ciudadanos y ciudadanas. El Estado es quien se responsabiliza de una distribución más adecuada de los recursos y asegura el crecimiento procurando corregir los efectos perversos del mercado, utilizando un enfoque de plena aplicación de los servicios que deben ser los de mayor consideración en una sociedad y que se base en el aumento de los servicios para cada uno de los sectores existentes (véase ilustración Nº. 1).

Cabe aclarar que en el "estado de bienestar", los beneficios no son propiciados exclusivamente por el Estado, sino por una combinación de servicios independientes, voluntarios, mutualistas, así como también gubernamentales, pues pese a esto es necesario que el gobierno como representante de una nación, actúe como coordinador de las provisiones y apoye a los organismos en aspectos financieros.

**Ilustración Nº. 1: Esquema del estado de bienestar**



Fuente: Teoría del Bienestar - Keynes  
Elaboración: David Palacios

## ***Teoría del gasto público***

En cuanto a la economía del sector público es de vital importancia la forma y el tipo de gasto que se emplea para ejecutar las diversas actividades del Estado. Dentro de dicho gasto existen tres funciones esenciales: la asignación, la distribución y la estabilización. Según argumenta Sánchez José “El gasto público y su correcto uso, da apertura para que se mantenga equidad social y que se genere equilibrio macroeconómico; así como de igual forma pueda emplearse una concentración en cuanto a la riqueza nacional”<sup>9</sup>.

Las características principales y el tipo del gasto público que se emplea en una sociedad, queda revelado cuando se procede a realizar un análisis de tipo económico del gasto público, pues según Escobar Pablos y Valiño Laura “Al considerar la asignación, distribución y estabilización del gasto público, se logra determinar las tendencias políticas públicas que se encuentran en función del pensamiento filosófico – político de los grupos que controlan la gobernanza de un Estado”.<sup>10</sup>

Existe una vinculación importante entre el gasto público y el apareamiento de conmociones sociales, como puede ser la existencia de una guerra o el que se genere una crisis. En estas circunstancias es cuando el gasto público tiende a crecer en grandes escalas debido a las necesidades que surgen por parte de la población, pues en momentos de poca estabilidad la población no está a favor del incremento del gasto público, puesto que el mismo se tendría que financiar mediante el incremento de los impuestos. No obstante, en los períodos extraordinarios de crisis, las personas son más conscientes de que la intervención pública es necesaria para poder paliar situaciones la crisis y necesidad. Como mencionaron Peacock y Wiseman “La intervención del Estado en momento de crisis se denomina como efecto inspección, debido a que la población tiende a incrementar el grado de aceptación de impuestos ante situaciones de crisis”.<sup>11</sup>

El enfoque que se mantiene respecto a las teorías del gasto público y a su crecimiento es el de establecer un análisis de la evolución del gasto en el transcurso del tiempo; por lo tanto, no se deben confundir los fallos de eficiencia económica como consecuencia del comportamiento del sector público. Esto se fundamentó en que no todo incremento del gasto público conlleva un comportamiento ineficiente, ya que existen aumentos que pueden traducirse en mejoras generales para el bienestar social; pues en un sentido inverso no toda eficiencia en el sector público supone necesariamente un incremento del nivel de gasto.

Por ejemplo, una reasignación de recursos públicos puede ser ineficiente porque es mal utilizada o, en su defecto, solo favorece a unos pocos y no mejora el bienestar común, y sin embargo, no conlleva un aumento del nivel del gasto público. Según Warner Adolph “El crecimiento de la renta real estimula la

---

<sup>9</sup> Sánchez, José (2001), *Gasto e ingresos públicos*, Barcelona, Editorial Cívitas, p. 33.

<sup>10</sup> Escobar, Pablos y Valiño, Laura (2000), *Economía del Gasto Público*: Barcelona, Editorial Cívitas, p. 20.

<sup>11</sup> Peacock y Wiseman (1961), *The growth of public expenditure*, Netherlands, Kluwer Academic, p. 58.

expansión de los gastos públicos en algunos de los bienes de demanda elástica con respecto a la educación, sanidad y redistribución”.<sup>12</sup>

La transformación de la sociedad tradicional en sociedad industrializada compleja lleva consigo una sustitución de actividad privada (familiar o grupal) por actividad pública: oferta de bienes públicos esenciales (defensa, justicia, orden interno), regulación económica, corrección de externalidades y administración de monopolios naturales. Las actividades comunitarias y las economías de subsistencia del medio tradicional rural han de ser sustituidas por otras actividades en el medio urbano industrializado.<sup>13</sup>

Dentro de las tareas distributivas más relevantes que el sector público tiene que utilizar, es la ejecución del gasto, pues el mismo tiende a crecer en una sociedad donde la democracia es parte de la gobernanza “debido a la competencia entre los diversos partidos políticos que generan un contexto de distribución desigual ante la intención de obtener mayoría de votos por parte de los electores”.<sup>14</sup> Según lo indica Tullcock Buchanan.

El tratamiento a la información presupuestaria del Estado es de gran importancia, pues persigue el control y la evaluación del gasto desde diferentes puntos de vista, entre los cuales está la clasificación orgánica, misma que es relativa a quien hace parte del gasto público. La clasificación económica del gasto se refiere a la aplicabilidad que se da al tipo gasto, su naturaleza del mismo, así como también a la funcionalidad que remite o anuncia para que se efectúe un determinado gasto; actividades que deben estar alineadas con los objetivos políticos.

Michal Kalecki afirma que el gasto público debe mantener un accionar adecuado y enfatizar en la redistribución del ingreso y los estímulos sobre la inversión privada, pues son elementos que pueden evitar la crisis, la insolvencia y la quiebra del sistema. Al mismo tiempo propone que el gasto del Estado tendrá que centrarse en inversiones públicas combinadas con medidas distributivas que se encuentren a favor de trabajadores y de sectores en los que se registran menos ingresos, estableciendo acción sobre la demanda efectiva y generando mayor peso en los aspectos sociales.

## ***Gasto público: Definición y clasificación***

Se refiere a la cantidad de recursos materiales, humanos y financieros que el sector público (representado por un gobierno) utiliza para el cumplimiento y ejecución de diversas actividades, teniendo como uno de los objetivos más importantes, satisfacer las necesidades y requerimientos de los servicios públicos que demande la sociedad. De igual forma se, considera el gasto público como un instrumento de gran importancia para la política económica de un país, ya que por medio del gasto público, el gobierno influye en los distintos niveles de consumo, inversión, empleo, etc.; considerado al

---

<sup>12</sup> Weber, Max (1919), *La política como vocación*. México: Aportaciones filosóficas.

<sup>13</sup> Valiño, Casto (2007), *Estado, industrialización y Gasto*. Chile: Publicaciones Universidad de Chile, p. 20.

<sup>14</sup> Tullcock, Buchanan (1982), *Prospect of Government intervention*, UK: LSBF publications, p. 34.

gasto como la devolución de recursos económicos a la sociedad mediante los impuestos antes recaudados.

El gasto público, según la Enciclopedia de Economía<sup>15</sup>, determina su clasificación en gastos productivos y de transferencia; en gastos ordinarios y extraordinarios; y, finalmente, la funcionalidad en la que el gasto es enfocado, los mismos que son detallados a continuación:

#### ***a) Gastos productivos y de transferencia***

Son gastos productivos que corresponden a la adquisición de bienes intermedios y factores para la producción de los bienes y servicios públicos que generan un aumento en la renta nacional; mientras que los gastos de transferencia son los que consisten en el pago de una suma determinada a personas, sin ninguna retribución al Estado y que no generan aumento de la renta nacional sino, una diferente distribución de la misma.

#### ***b) Gastos ordinarios y extraordinarios***

Esta clasificación tiene como propósito establecer una correlación entre la existencia de los recursos ordinarios y extraordinarios. Se sostiene que los gastos ordinarios provenientes de la producción de los servicios públicos (corrientes, periódicos) tienen que mantener un financiamiento de los tributos o productos fiscales (denominados recursos ordinarios) pues a su vez, los gastos extraordinarios como son los que se necesitan ante una catástrofe, calamidades o guerras; deben financiarse con recursos del crédito o con gravámenes de emergencia, como el impuesto al capital.

#### ***c) Clasificación funcional de los gastos***

La función en la cual son considerados los gastos, depende del tipo de servicio que el gobierno oferte, siendo estos la educación, defensa, seguridad social, salud pública, justicia, etc. Esta clasificación sirve para conocer el contenido de la actividad financiera del Estado, pero no la inteligencia de la estructura de dicha actividad.

En las doctrinas modernas de las naciones alrededor del mundo, existe una clasificación del gasto con un criterio económico aplicado, donde se diferencian entre gastos corrientes y gastos enfocados a la inversión.

Los gastos corrientes se destacan por:

1. ***Gastos de transferencia:*** aquellas asignaciones del Estado que no sirven para la producción de servicios públicos, sino que se distribuyen a determinados beneficiarios el dinero extraído de otras

---

<sup>15</sup> Enciclopedia de Economía, **Gasto público.** <http://www.economia48.com/spa/d/gasto-publico/gasto-publico.htm>

personas, como por ejemplo los servicios de la deuda pública, para el pago de los intereses y de amortización de la deuda.

2. **Gastos de consumo:** aquellos que sirven para la producción de los servicios del Estado. La calificación de gastos de consumo se debe a que dichos servicios son bienes finales, de utilidad directa para sus destinatarios.

Por otro lado, “los gastos de inversión se enfocan en la asignación estatal que se encuentra destinada a la adquisición o producción de bienes de capital, mismos que tienden a incrementar el activo fijo del Estado y sirven como instrumentos de producción”.<sup>16</sup> Dentro de este tipo de gasto público se encuentran contemplados los proyectos de inversión presentados por las diferentes carteras de Estado del gobierno y posteriormente aprobados por el organismo designado para hacerlo.

En base a este fundamento, un proyecto de inversión es una propuesta que contempla una planificación y análisis técnico – económico para resolver necesidades a las que se enfrenta la realidad de un país. Los proyectos se ven en la necesidad de utilizar los recursos disponibles que se le han asignado, mismos que se encuentran clasificados entre recursos financieros, recursos humanos, insumos, materiales, tecnología, etc.

Los proyectos que se encuentran bajo la clasificación del gasto de inversión se conforman por una serie de estudios que permiten al poseedor de la idea y a las instituciones que lo apoyan saber si la idea es viable y sostenible en el tiempo, saber si efectivamente se lo puede realizar y generará beneficios o ganancias. Dicho tipo de inversión según lo manifiesta Coloma Ferra “Responde a una decisión sobre uso de recursos con objetivos de incrementar, mantener o mejorar la producción de bienes o la prestación de servicios”.<sup>17</sup>

Los proyectos de inversión pueden ser privados o públicos/sociales. En el proyecto de inversión privada, un inversionista espera rentabilidad (tasa de interés de oportunidad) por realizar esta inversión. Cuando evalúa la probabilidad de realizarla, evalúa otras posibilidades de inversión, como certificados de depósito a término en el sistema financiero, otros proyectos, compra de acciones, etc.; con el propósito de seleccionar la más rentable de acuerdo a los niveles de riesgo (entre más alto el riesgo es mayor la rentabilidad y viceversa) al igual que el período en el cual recuperará esta inversión. Mientras que en el proyecto de inversión social, quien realiza la inversión no espera una rentabilidad a cambio, por el contrario, solo espera beneficiar a una población objetivo con su ejecución. “Generalmente este tipo de proyectos direccionan a las poblaciones menos favorecidas con el fin de mejorar su calidad de vida mediante obras que mejoren la recreación, la salud, la vivienda, la educación, la especialización, y el acceso a tecnologías”<sup>18</sup> conforme a lo manifestado por Cohen Ernesto.

---

<sup>16</sup> Enciclopedia de Economía, **Gasto público**. <http://www.economia48.com/spa/d/gasto-publico/gasto-publico.htm>

<sup>17</sup> Coloma, Ferrá (1991), *Evaluación social de proyectos de inversión*. Bolivia: Asociación Internacional de Fomento - Banco Mundial, p. 14-15.

<sup>18</sup> Cohen, Ernesto (1992), *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI, p. 37.

Los gastos públicos constituyen también las erogaciones que efectúa el Estado para adquirir bienes instrumentales y factores para poder producir bienes y servicios públicos, para adquirir bienes de consumo o distribuir gratuitamente o contra el pago de una retribución directamente a los consumidores; o por otro lado, dichos gastos públicos pueden ser enfocados para las transferencias del dinero recaudado con los recursos a individuos o empresas, sin ningún proceso de producción o bienes de servicios.

## ***Efecto multiplicador sobre el gasto***

Es necesaria la existencia de una cuantificación en cuanto a los efectos que se generan a través de la intervención de los gastos públicos, y uno de los mecanismos para esta cuantificación es emplear el efecto multiplicador, factor mediante el cual se multiplica el monto de un incremento neto de inversión teniendo como resultado un incremento en la renta nacional en la ocupación. Dicho efecto depende de la propensión marginal a consumir, donde se puede distinguir el aumento de la demanda de bienes de consumo correspondiente a un incremento unitario de ingreso, logrando que se determine el valor promedio ponderado de las propensiones de consumo de un país. En esta coyuntura, se puede destacar lo que Keynes sostiene acerca del efecto multiplicador, pues ante un incremento neto de la inversión se tiene un efecto superior al monto de la misma, o de otra manera se obtiene un monto igual al de la inversión multiplicado por un factor de capital. Por ello, la importancia del multiplicador en la economía de un país depende de la propensión marginal del consumo que, según Keynes, se puede mantener en niveles constantes.

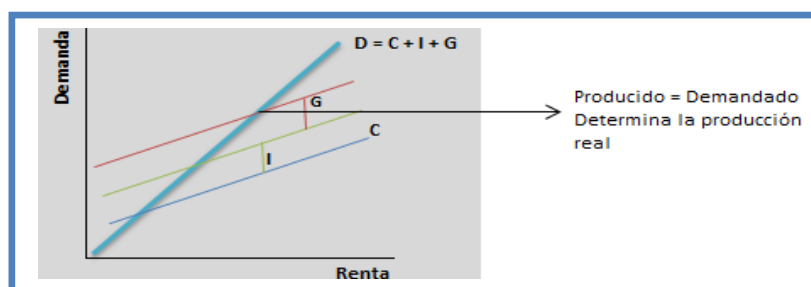
El análisis de Keynes está centrado en la corrección de las políticas fiscales del gobierno, la manipulación de los impuestos y los gastos del sector público, donde la demanda agregada puede desplazarse hasta una altura exacta que permita una producción sostenida de pleno empleo. Por lo tanto, es importante destacar que los gastos del gobierno están formados de la compra de bienes y servicios; así como de transferencias de pensiones por concepto de invalidez o jubilación, subsidios de desempleo y subvenciones a las empresas; es por ello que el gasto realizado por el Estado, supone un aumento de la demanda agregada.

La incidencia de los gastos del gobierno sobre la renta real, es asimilada por el efecto multiplicador, ya que ante un supuesto aumento en los gastos, por ejemplo, de un valor de 200 puede provocar un aumento en la renta de 100 teniendo en cuenta que así como hay gastos que el gobierno asume, también existen los ingresos públicos, donde según Jarach Dino “Al existir imposición de impuestos (renta familiar retraída) se desplaza la demanda agregada en sentido descendente y donde la consecuente disminución de la renta real se verá afectada de igual forma por el efecto multiplicador”.<sup>19</sup> (Véase ilustración Nº. 2)

---

<sup>19</sup> Jarach, Dino (1987), *Finanzas y gasto Público*. Argentina: Universidad Nacional de Lomas de Zamora, p. 128.

### Ilustración Nº. 2: Multiplicador del gasto: producción

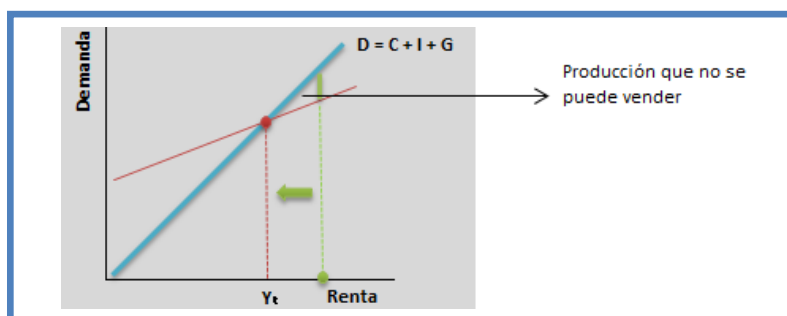


Fuente: Gottfried, Von (1990), *La teoría del multiplicador: métodos*

Elaboración: David Palacios

A continuación y como lo demuestra la ilustración Nº. 3 la demanda agregada se manifiesta ante la suma de la demanda del consumo privado, la demanda de inversión y el consumo público. Pues si la producción se encuentra sobre el punto (rojo) “existe una acumulación no deseada de productos por lo que la producción tendrá que disminuir”<sup>20</sup> como lo indica Gottfried Von y que se grafica en la ilustración Nº. 4.

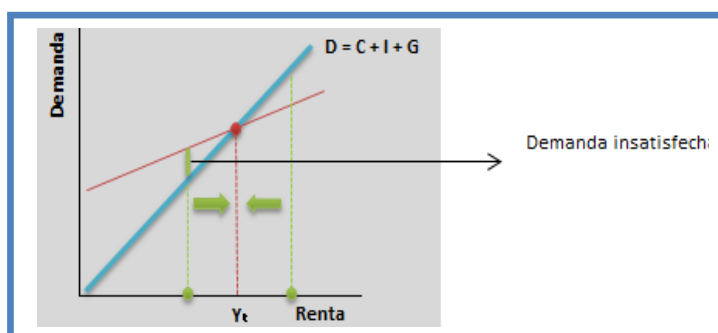
### Ilustración Nº. 3: Multiplicador del gasto: producción no vendida



Fuente: Gottfried, Von (1990), *La teoría del multiplicador: métodos*

Elaboración: David Palacios

### Ilustración Nº. 4: Multiplicador del gasto: producción no vendida



Fuente: Gottfried, Von (1990), *La teoría del multiplicador: métodos*

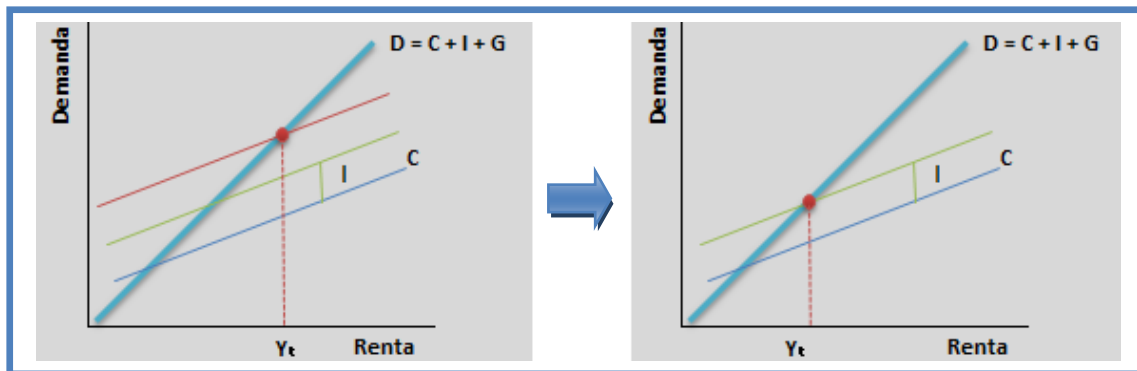
Elaboración: David Palacios

<sup>20</sup> Gottfried, Von (1990), *La teoría del "multiplicador" de Keynes: una crítica metodológica*. Purkersdorf.  
<http://isis.faces.ula.ve/computacion/emvi/11/El%20consumo%20publico.htm>



Por el contrario, si la producción se encontraría por debajo de dicho punto, existiría una demanda insatisfecha de los bienes o servicios y la producción tendería a aumentar. Con este antecedente, es importante considerar que si no hubiera intervención por el Estado, la renta (producción real) sería diferente y podría coincidir, o no, con una producción potencial, como se puede apreciar en la ilustración Nº. 5.

**Ilustración Nº. 5: Multiplicador del gasto: producción real**

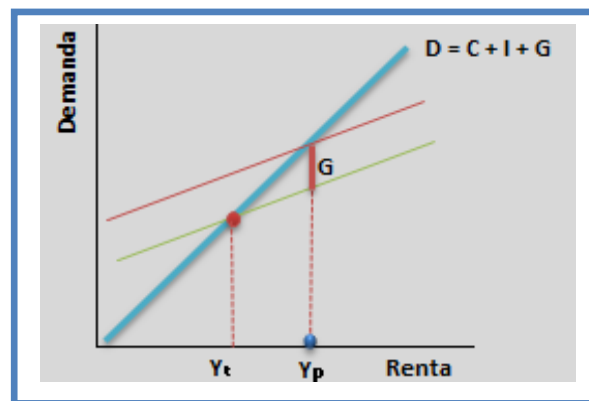


Fuente: Gottfried, Von (1990), *La teoría del multiplicador: métodos*

Elaboración: David Palacios

Las decisiones del gobierno, al determinar los ingresos y gastos del presupuesto del mismo Estado, permiten que exista un ajuste de la renta real exactamente con la producción potencial, donde se logra acabar con el desempleo y se logra incentivos para el consumo, ya sea de bienes o servicios, logrando así una reactivación económica eficiente. (Véase ilustración Nº. 6).

**Ilustración Nº. 6: Multiplicador del gasto: reactivación económica**



Fuente: Gottfried, Von (1990), *La teoría del multiplicador: métodos*

Elaboración: David Palacios

El gobierno al establecer una reactivación económica favorable y bien definida, equilibra con relaciones directamente proporcionales variables como las de inversión, renta nacional, ocupación y consumo, potencializando la economía y evita que haya excedente innecesario de demanda o de oferta de bienes o servicios.

## ***Capital y desarrollo humano***

El capital y el desarrollo humano son estudiados como un factor que impulsa la productividad económica y el bienestar integral de las personas. Es así, que estos dos enfoques difieren entre sí, pero, se complementan. Por tanto, primero se define la teoría de capital humano y luego, se puntualiza el enfoque del desarrollo

Pinto Saveedra en su publicación de la formación del capital humano informa que “Puede definirse de manera elemental el capital humano como el nivel y la calidad de la educación en aspectos culturales y sanitarios recibidos por la población, así como su experiencia productiva en el tiempo”.<sup>21</sup> De acuerdo con la teoría del capital humano, la salud de las personas y la educación impartida a los mismos, son fuente de crecimiento y de bienestar, definida como el conjunto de conocimientos y de competencias que poseen los seres humanos.

El capital humano, como categoría de las ciencias sociales, ha dado por la integridad, intensidad y calidad de los procesos para el aprovechamiento social de la inteligencia en pro de una mayor calidad de vida óptima.<sup>22</sup>

La importancia real de esta variable es la construcción y formulación de estrategias para el progreso colectivo. En el marco de esta teoría se pueden distinguir tres fases a lo largo de la vida para acumular capital humano por parte de una persona:

- Capital humano adquirido en el hogar
- Capital humano adquirido en adecuación sobre prevención de enfermedades, generando un mejor estilo de vida en la población. Esta formación tiene como propósito incrementar la productividad de quienes finalmente incrementarán la productividad media y marginal en la economía. El financiamiento de esta formación lo realizan las personas, ya que las empresas no tienen incentivo para financiar ese gasto, dado que ese capital humano no tiene colateral (no hay certidumbre de que los trabajadores utilicen después sus conocimientos al servicio de la empresa o abandonen la empresa para hacer valer sus conocimientos en otra institución dispuesta a remunerarles con mejores salarios). Dado este problema de información asimétrica, la compra de educación en ese nivel de formación debería ser financiada por el mismo organismo público.
- El capital humano acumulado por la **experiencia** de las personas.

Por otro lado, el concepto de desarrollo humano se refiere al proceso mediante el cual es posible aumentar las opciones para todos los habitantes de un país o región en diversos ámbitos, como la salud, la educación, el laboral, el recreativo y cultural.

---

<sup>21</sup> Pinto Saveedra, Juan Alfredo (1995), *Formación de capital humano*. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, p. 43

<sup>22</sup> Presidencia de la República Colombiana-DNP (1994), *El salto social-bases para el plan nacional de desarrollo 1994-1998*, *Publicaciones*, Publicaciones.

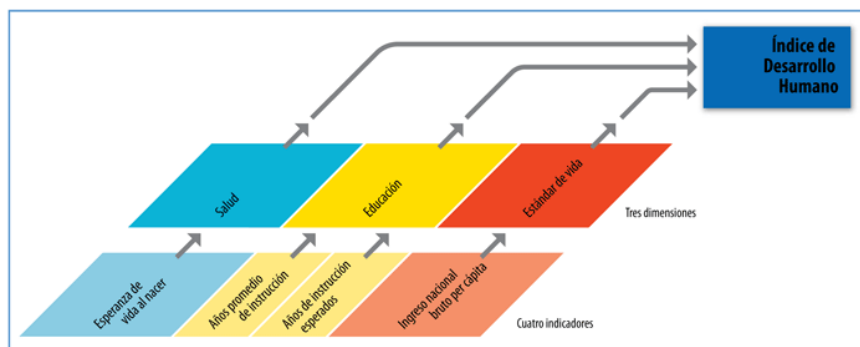
De esta manera, el concepto de desarrollo humano se concentra en incrementar el bienestar integral del ser humano y no solo en su mejoría material, pues es un proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de la población a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos.<sup>23</sup>

El desarrollo humano podría definirse también como una forma de medir la calidad de vida del ser humano en el medio en que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación de un país o región. En un sentido genérico, el desarrollo humano es la adquisición de parte de las personas, comunidades e instituciones de la capacidad de participar efectivamente en la construcción de una civilización mundial que es próspera tanto en sentido material como espiritual.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es el organismo encargado de elaborar la medición conocida como índice de desarrollo humano (IDH). Este indicador social se compone de tres parámetros (véase ilustración Nº. 7):

1. **Salud:** la vida larga y saludable, estimada de acuerdo a la esperanza de vida al nacer.
2. **Educación:** se mide ahora a través de los años de escolarización para personas adultas mayores de 25 años y los años de escolarización previstos para niños y niñas en edad escolar.
3. **Riqueza:** el nivel de vida digno, calculado por el ingreso nacional bruto per cápita.<sup>24</sup>

**Ilustración Nº. 7: Componentes del índice de desarrollo humano**



Fuente: Human Development Reports (HDR) – PNUD.

Elaboración: David Palacios

En suma, el desarrollo humano es el proceso de ampliación de las posibilidades de elección de la gente, aumentando sus funciones y capacidades. Es decir, el concepto sobre el desarrollo humano sitúa a la persona como elemento central en los aspectos relacionados con el desarrollo de un país, región o localidad. En esta forma, el desarrollo humano representa un proceso, a la vez que un fin; es el producto de voluntades y corresponsabilidades sociales, soportado sobre cuatro pilares fundamentales: productividad, equidad, sostenibilidad y potenciación.

<sup>23</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (1997), *Informe sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Nueva York: PNUD.

<sup>24</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2011), *El índice de desarrollo humano (IDH)*.

Finalmente, la diferencia fundamental entre capital y desarrollo humano se ubica en la manera cómo se debe asumir y conquistar el desarrollo. Las teorías acerca de la formación de capital humano conciben al ser humano como medio y no como fin; es decir, el ser humano llega a ser un instrumento de producción y un bien de capital, sin fines futuros y beneficiarios. Mientras que para el enfoque de desarrollo humano, el centro de todo desarrollo debe ser el ser humano y, por lo tanto, el objeto del desarrollo es ampliar las oportunidades de las personas. Esto se traduce en aspectos como: acceso a los ingresos como medio para obtener bienestar; vida prolongada, salud digna, conocimientos, libertad política, seguridad personal, participación comunitaria, garantía de los derechos humanos.

## ***Intervención del Estado***

La intervención del Estado en la población está alineada a la iniciativa que tome la economía privada, en esta medida se pueden determinar acciones específicas y los roles que deben cumplir tanto el bloque público como el privado, tratando de armonizar el sistema. Bajo este parámetro, la acción del sector público sobre la economía puede tomar la forma de regulación de diversos procesos económicos mediante la actividad legislativa conforme a normas y leyes de producción, así como actividades financieras y comerciales donde se debe mantener el control sobre las distintas variables que dichos campos manejen, corroborando la importancia de regular las actividades económicas que apuntan al desarrollo de la producción de varios sectores.

Entre las causas para que intervenga el Estado en la economía de una sociedad, es la organización en el comportamiento del mercado donde existen una suma de racionalidades que no se preocupan por enfrentar problemáticas de conjunto en el largo plazo, pues desde la perspectiva de un sistema es importante generar rentabilidad garantizando que existan condiciones que establezcan la economía a través de construcción de infraestructura básica y de producción óptima de bienes públicos.

Así mismo, la intervención del estado, esta dado por la necesidad de la distribución de las herramientas para el progreso técnico – práctico de la sociedad y la economía, pues en este aspecto la necesidad del Estado es significativa si se considera la tendencia inherente a la concentración social y territorial de toda la riqueza, es así que “los mecanismos sociales que se forjen se irán acentuando por si solos separándose de las desigualdades, en base a normativas que contrarresten tendencias negativas y que eviten la detención del desarrollo común”<sup>25</sup> según Ayala Espino.

Las causas que provocan la intervención estatal no solamente se origina en existencia y épocas de crisis, sino que también pueden generarse ante expansiones del ciclo económico, pues el Estado se ha visto en la necesidad de desarrollar una serie de mecanismos que permitan recuperar las condiciones del equilibrio general; condiciones que no pueden ser recuperadas por medio del mercado, ya que los mecanismos de autorregulación no funcionan en circunstancias de irregularidad propias de una crisis.

---

<sup>25</sup> Ayala Espino, José (1988), *Estado y desarrollo*. México: Facultad de Economía, Universidad Autónoma de México, p. 16.

El Estado es una organización que cuenta con el monopolio de la violencia legítima. Por eso dispone de instituciones, como las fuerzas armadas, la policía y los tribunales, ya que asume las funciones de gobierno, defensa, seguridad y justicia, entre otras, en un determinado territorio. Como lo indica Weber Max “Es así que se puede entender como Estado a una forma de organización social, política soberana y represiva, formada por un conjunto de instituciones involuntarias, que tienen el poder de regular la vida nacional en un territorio determinado”.<sup>26</sup>

Dentro de los objetivos que se plantea el Estado al momento de intervenir en una economía, es importante destacar la planificación económica y financiera que el mismo mantenga debido a la magnitud de los recursos asignados para invertir y que a su vez requieran para iniciar actividades de mayor importancia que exige volúmenes de capital y tiempo de maduración mayor. Las metas más destacadas son:

- La intervención del Estado tiene como finalidad aumentar el gasto público e incrementar los impuestos en una cantidad igual; es decir, sin crear déficit, sin aumentar la deuda y al mismo tiempo, generando un efecto positivo sobre el producto y el empleo. En una situación de elevado desempleo, la política económica es capaz de reactivar la producción y el empleo manteniendo finanzas públicas óptimas.
- Fortalecimiento del Estado mediante nacionalización y expropiación de empresas; lo cual dio comienzo a la formación del sector público en los sectores clave de la economía.
- El Estado debe poner orden en la economía, reorientar las políticas y adoptar medidas para reactivar las economías, salvaguardando el interés y la seguridad nacional.
- El Estado crea formas institucionales que no se reducen a garantizar la maximización de la rentabilidad o a evitar la violencia en el enfrentamiento de intereses contrarios en el seno de la sociedad, sino que reconoce la mayor complejidad social y la necesidad de establecer motivos institucionales para disminuir el potencial desorganizador del desarrollo.
- El Estado debe ser agente de cambio social y transformación económica. Para ello requiere de un aparato burocrático que funcione fluidamente.
- A través de la empresa pública, el Estado se vuelve en sí mismo un agente de la acumulación de capital, protagonista directo en la producción, distribución y financiamiento.
- El objetivo primordial de la participación estatal se basa en el apoyo la inversión privada y a la creación de infraestructura, asumiendo riesgos y promoviendo nuevas áreas de inversión.

---

<sup>26</sup> Weber, Max (1919), *La política como vocación*. México: Aportaciones filosóficas.  
<http://sites.google.com/site/aportacionesfilosoficas/weber-max-la-politica-como-vocacin-edicin-electrnica>

- Propiciar la participación de diversos grupos sociales en el desarrollo mediante política económica que relaciona aspectos políticos y económicos. Dicha política se enfrenta permanentemente a la necesidad de regular un sistema que atienda la inestabilidad económica, social y política. La política económica es resultado de conflictos entre grupos y clases que tienden a consolidar, crear o disolver equilibrios político-sociales en el campo económico. Los objetivos de la política económica deben expresar los intereses substantivos de los grupos dominantes, pero también deben considerar los intereses de los grupos dominados para garantizar consenso y justificación.
- Institucionalizar los procesos de política económica, según lo indica Hidalgo Héctor, “A través de la aprobación de objetivos, aplicación de instrumentos, organización de instituciones, evaluación de las acciones aplicadas, y establecimiento de compromisos entre diferentes grupos sociales para procurar el equilibrio.”<sup>27</sup>

El Estado desde su concepción va desarrollando un papel a nivel de gerente social en cuanto a la igualdad de oportunidades, creando una estructura económica social enfocada al bienestar que proporciona en aspectos como el de educación, la salud y la protección mediante la generación de subsidios y pensiones a la población. En cuanto a las actividades de planificación, el Estado debe mantener una relación directa con los intereses y necesidades que evidencie en los comportamientos ciudadanos, ya que la constante presencia del Estado no se reduce solamente a los aspectos legales o a las condiciones generales que permiten el libre intercambio, sino que también consigue contemplar acciones de acumulación, distributivas e incluso productivas, ya sea por presencia directa del Estado como productor o a través de un arsenal de instrumentos, procedimientos, normas y políticas que ordenan las actividades individuales.

## ***El Estado en el sector salud***

El aspecto de la salud es una de las barreras con las cuales se enfrenta el desarrollo económico del país. La buena atención y prestación de los servicios de salud a la población contribuye a mejorar el desarrollo integro y personal de la población.

La salud no solamente está enfocada a ser impartida por las instituciones, sino también desde el hogar con normas básicas, con la familia y con las amistades. Esto hace que sea un proceso continuo que permite a una persona desarrollar y cultivar hábitos, conductas, aptitudes, así como también conocimientos, con el propósito de alcanzar un proceso de socialización para enfrentarse e integrarse positivamente a un medio social, consiguiendo un máximo desarrollo en su personalidad trabajando paralelamente en una concienciación conductual y cultural.

---

<sup>27</sup> Hidalgo Páez, Héctor Hernán (2001), *Intervención del Estado en la economía*. México: GestioPolis.  
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/eco/interv.htm>

Según Otto Granados “La salud de calidad es un objetivo primordial del Estado, ya que su papel en el desarrollo integral de un país es crucial”<sup>28</sup>. Por ello no es justificable la necesidad de invertir más, sino más bien de invertir mejor optimizando los recursos, por lo que se plantea que:

- a) El diseño y la ejecución del gasto sanitario debe cambiar de un enfoque esencialmente sobre el aspecto económico y demográfico a otro que se mida a partir de los resultados que se pretenda alcanzar. Es decir, antes de invertir más recursos, es necesario rectificar los errores.
- b) Una evaluación rigurosa, independiente y oportuna es crucial en el logro de objetivos de programas enfocados al desarrollo de gestión de la salud en el mediano y largo plazo. Pero también es importante implementar un sistema de indicadores de calidad y eficiencia, que permita saber con la mayor precisión el estado de salud por entidad y ubicación, así como una rendición de cuentas.
- c) La injusta remuneración salarial debe ser urgentemente corregida en los profesionales de la salud.

El Ecuador, al igual que la mayoría de naciones latinoamericanas, ha experimentado una serie de transformaciones políticas y sociales que cumplen con lineamientos de desarrollo y transformación del Estado, al igual que modificaciones en cuanto a valores culturales. De esta manera, la participación del Estado ecuatoriano en el sector salud corrobora la necesidad de su intervención en dicho sector, pues pretende velar y cuidar por una administración y atención ciudadana más eficiente, de forma que la población pueda gozar de los beneficios que el sistema de salud brinde.

La intervención del Estado radica en el papel de ser informativo, en cuanto a capacitaciones dirigidas a la población para poder prevenir enfermedades potencialmente graves, regularizando las demandas establecidas por la población sobre requerimientos de los servicios, al igual que plantear una regulación en cuanto a las oferentes, como puede ser el que se prohíba la discriminación a personas que presenten más riesgos de tener una salud más deficiente. Finalmente, el Estado al intervenir en un determinado sector, debe plantear y sugerir subsidios en los insumos que se utilizan para garantizar una salud digna como es en el caso de las vacunas, pues al mismo tiempo y como contraparte deberá apelar para que se incrementen los impuestos en productos perjudiciales para la salud humana como el impuesto al tabaco y al alcohol. Bajo esta coyuntura, el punto más importante sobre la intervención estatal es la provisión directa de hospitales, centros de salud y seguro público, de esta manera es posible que se garantice la atención a la población en la medida que requiera de servicios de salud brindados, satisfaciendo su demanda de una manera ágil.

Los niveles de atención en salud, así como de seguridad social son productos logrados en base a la participación Estatal a lo largo de la historia de cada nación. Dicha participación se basa y se fundamenta en la necesidad de asegurar la convivencia social y de establecer en forma permanente un sistema de atención a la salud.

---

<sup>28</sup> Granados Roldán, Otto (2005), *¿Gastar más o invertir mejor?* México: Observatorio Ciudadano de la educación en México.

### **a) Desigualdades y deficiencias del sector**

Las diferencias y desigualdades del sector salud a nivel global pueden paliarse si se logra aplicar las intervenciones necesarias mediante políticas públicas sanitarias más eficientes dentro de una sociedad, pues según Whitehead Michal y Ocaña Esteban “La existencia de desigualdades en el sector salud se definen como **las diferencias innecesarias y potencialmente evitables** en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos por aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos”.<sup>29</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha establecido un plan estratégico denominado **Salud para todos en el siglo XXI**; sin embargo, es importante considerar que pese al incremento de los servicios de atención sanitaria a nivel mundial; destacando que dicha mejora no llega hasta los poblados donde se tiene limitantes sociales, culturales y económicos, la desigualdad y poca equidad de asignación de los recursos todavía necesita de ajustes y mejoras. La puerta de ingreso al desarrollo del sistema sanitario es la gestión eficiente que se tenga en la atención primaria de salud a los ciudadanos, siendo este un pilar del nivel asistencial con el que gran parte de la población realiza su primer contacto en cuanto a la utilización de servicios requeridos, para lo cual es necesario eliminar las desigualdades existentes en el sector, ya que las mismas parten de las desigualdades de género y exclusión social.

En salud, las desigualdades son alarmantes, ocasionando en muchos casos un exceso de morbilidad y mortalidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora rápidamente en las clases sociales más aventajadas.<sup>30</sup>

Según lo expuesto por Rohlf Ester en la publicación “**The Health Divide**” el impacto negativo de los factores sociales asociados a los diferentes patrones de socialización de hombres y mujeres tiene que ver mucho con los roles familiares que se desempeñan, las expectativas laborales existentes y los tipos de ocupación, lo que evidencia que las desigualdades de prestación de servicios se pueden evidenciar de manera más clara si se hace una aclaración por los géneros que comprende la sociedad.

A su vez, Dalghren y Whitehead argumentan que “El modelo que se manejan con respecto a las desigualdades en la salud”<sup>31</sup> brinda una explicación ilustrada que expone las determinantes para generar dichas desigualdades; acciones que parten de generalidades socioeconómicas y culturales, hasta las más específicas como el estilo de vida de la población. (Véase ilustración N°. 8).

---

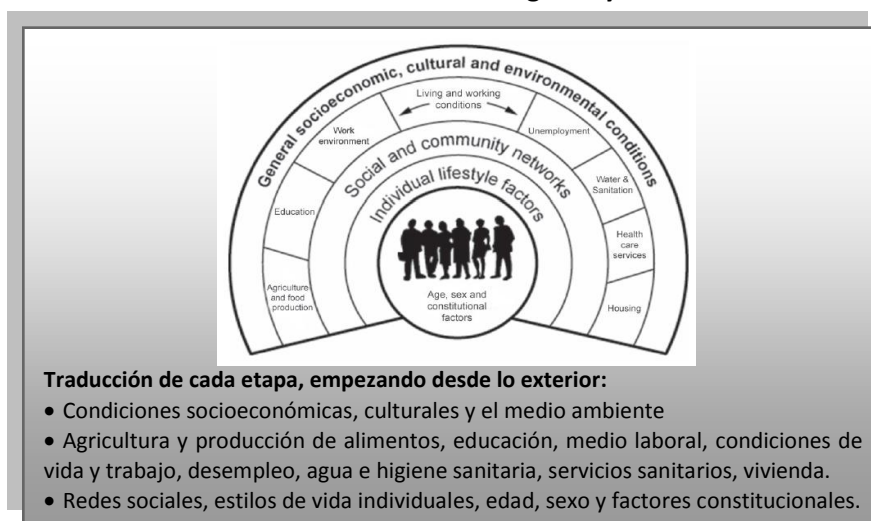
<sup>29</sup> Whitehead, Michal y Ocaña, Esteban (2000), *Equidad y Salud: Fundamentos de la precaución sanitaria por las desigualdades sociales*. Granada: Universidad de Granada, p. 19. <http://www.fadsp.org/pdf/revista/123/123-2023.pdf>

<sup>30</sup> Benach, Ronald (1997), *Capital Humano y Crecimiento Económico*. Venezuela, p. 57.

<sup>31</sup> Dalghren y Whitehead (1991), *Model of inequality: Health*, UK, London Health Observatory, p. 11. [http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/DSS\\_Vega-Solar.pdf](http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/DSS_Vega-Solar.pdf)



### Ilustración N°. 8: Modelo de Dalghren y Whitehead



Fuente: Dalghren y Whitehead (1991), *Model of inequality: Health*

Elaboración: David Palacios

De igual manera, en función a lo que demuestra la ilustración N° 8, el estilo de vida y conductas poco saludables que adoptan los seres humanos; por ejemplo el consumo de drogas, dietas severas y poca actividad física, provocan el incremento de las desigualdades en aspectos de salud, considerando que los diversos estilos de vida se encuentran sujetos a la relación que mantiene la estructura social de cada persona. De esta forma se puede argumentar que las personas que pertenecen a clases sociales desfavorecidas, tienen menor capacidad sobre la elección y en consecuencia, adoptan estilos de vida que atentan con su salud en una mayor frecuencia. En base a esta premisa, argumenta Marmot Col lo siguiente:

Independientemente al estilo de vida que una persona lleve, un factor de alta relevancia respecto a la desigualdad de prestación de servicios en muchos países, es que se haga prevalecer la situación socioeconómica en la que los individuos se encuentran, pues esto es un limitante en cuanto al acceso de beneficios, por lo que los gobiernos deberían emplear políticas para reducir la brecha de inequidad.<sup>32</sup>

Los factores materiales y estructurales de las personas se caracterizan por dar realce al rol de la posición social y a las condiciones de vida y de trabajo sobre la probabilidad de enfermar o morir. Las desigualdades se producen por que los grupos sociales menos privilegiados están expuestos a un ambiente menos saludable en la mayoría de los casos. Por ejemplo, Bartley en 1999 comprobó que la ocupación y el desempleo tienen clara influencia sobre el estado de salud de las personas, no solo en el aspecto físico, sino también en la mental o psíquica<sup>33</sup>. Esto levanta un análisis que contempla la propensión marginal a enfermarse, generando apertura de una brecha entre las clases, tanto la baja como la media – alta en cuanto a la rapidez y tipo de atención que se brinde a las personas en diferentes circunstancias, pues una persona que se encuentra en situación de desempleo debería tener los mismos

<sup>32</sup> Marmot, Col (1992), *Condicionantes económicos y sociales de la salud*. Honduras: UNAH, p. 2.

<sup>33</sup> Bartley, Robert (1999), *Publications The Wall Street Journal: Public Services*. New York

derechos de acceso a los servicios de salud que otra persona que posee los recursos suficientes para cubrir los gastos de atención, por el mismo hecho de que en un país donde se evidencie pobreza o extrema pobreza, los índices del riesgo a adquirir una enfermedad incrementan considerablemente.

La distribución de la renta ha mantenido varias investigaciones, donde se manifiesta que la mala distribución de esta es un componente que genera desigualdades sociales, misma que manifiesta su importancia para explicar la mortalidad y la vulnerabilidad de adquirir enfermedades, pues ello parece suceder independientemente de la situación socioeconómica que cada persona mantenga. Por lo tanto, la probabilidad que una persona tiene de morir y/o enfermar dependería de las sociedades y de las relaciones interpersonales que se mantienen, incluyendo la posición que tenga de acuerdo a la distribución de la renta en un país, mas no solamente de los recursos individuales que se mantengan<sup>34</sup>

Otro de los desafíos a los que se enfrentan los sectores sociales del país, es la carente metodología que en muchos de los casos se emplea para determinar los costos que van a cubrir las diferentes actividades y atenciones que se presentan. Esto establece a que una de las primeras cosas que se debe tener en cuenta al realizar la planificación de un proyecto o tarea es el considerar que los costos pueden variar ya que tienden a incrementarse según al envejecimiento o preferencias de la población y al desarrollo de nuevos cuadros epidemiológicos en el caso del sector salud, pues la incapacidad de medir correctamente los costos y de compararlo con los resultados obtenidos, es una de las causas del problema para incentivar a que los servicios mejoren.

Una de las formas eficientes de direccionar el gasto y emplear una correcta planificación en los sectores sociales y específicamente en el sector salud, es utilizar el recurso fiscal en atención primaria y preventiva, de manera que se generen mejores diagnósticos de las enfermedades. Esto beneficiaría altamente a la población debido a que un diagnostico temprano de patologías reduce el riesgo a que la persona o el Estado invierta más recursos económicos en su cura o tratamiento. Otra de las claves para reducir costos en salud es combinar un sistema preciso de medición sistemática de resultados, pues con esto los prestadores de servicios de atención de salud pueden utilizar personal médico, equipamiento, instalaciones y recursos administrativos mucho más eficientes .

El mayor problema al que se enfrentan los sectores de la salud pública y la prestación de sus servicios en diferentes naciones del mundo, no tiene que ver con los seguros ni con las políticas empleadas. Es más bien, que se está midiendo las cosas equivocadas y de forma equivocada<sup>35</sup>

Una vez que se han revisado las teóricas anteriormente expuestas, es posible establecer la organización y desarrollo de la presente investigación; pues a continuación es procedente describir y proporcionar de información empírica obtenida sobre la política sanitaria establecida por el actual gobierno, misma que está enfocada en la aplicación de una reforma y reestructura del sector salud del Ecuador.

---

<sup>34</sup> Conteras, Dante (1998), *Distribución del ingreso*. Chile: Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Chile, p. 315.

<sup>35</sup> Kaplan, Robert (2010), *Atención de salud*. New York. Harvard Business Review Magazine, p. 26 – 42.

## ***Aspectos legales: De la Constitución de la República 2008***

Partiendo de los aspectos legales, se abordan dos temas fundamentales que están enmarcados como pilares básicos dentro de la investigación. Como primer aspecto se establece un análisis de los artículos de la Constitución de la República 2008, toda vez que los mismos se refieran específicamente a temas sociales, como también temas referentes al sector de la salud. Seguidamente, se analiza la importancia que se presenta en el Plan nacional del buen vivir; acuerdo que se caracteriza por emplear normativas que reflejan actividades emblemáticas del gobierno nacional, pues el mismo contempla el desarrollo y bienestar sanitario de todos los ecuatorianos.

Siguiendo esta línea, se establece un análisis de las políticas sanitarias que se han empleado y se han venido ejecutando en el mandato del actual presidente de la república, pues de esta manera se podrá crear un enlace con el actual Estatuto Orgánico por procesos del Ministerio de Salud; insumo que servirá como directriz para analizar los argumentos que se establecen para el proyecto de reforma y reestructura del sector.

Una vez aclarados estos dos aspectos, se realiza una descripción de la actualidad por la que el sector salud se encuentra atravesando en cuanto a su normativa legal; donde a su vez se determine la forma en que los alcances de la propuesta puedan llegar a incrementar los beneficios de la población con respecto al acceso de los servicios públicos, mismos que se encontrarán normados por las políticas sanitarias.

En la Constitución de la República, el ámbito de la salud está considerado en el Título II “Derechos” en la séptima sección del capítulo segundo que trata de “Los derechos del buen vivir”.

Lo que pretenden dichos artículos aprobados por la Asamblea Constituyente, es que se analice y reflexione sobre los derechos sanitarios que tiene la población, tanto hombres como mujeres sin importar la clase social que estos mantengan. Se evidencia también la importancia que mantiene el rol de la salud dentro de una sociedad, pues el mismo se plantea como la puerta de entrada para que las personas puedan gozar de una vida digna desenvolviéndose equilibradamente en el universo; donde el estado ecuatoriano como principal responsable de generar los servicios, garantice el derecho a la salud mediante las políticas sanitarias establecidas, eliminando exclusiones y limitaciones, por lo cual es necesario considerar el siguiente artículo:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad,

interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional<sup>36</sup>

En el Título IV de la Constitución de la República trata del régimen nacional del buen vivir; y en la sección segunda se exponen los artículos desde el 358 al 366 que contemplan exclusivamente ámbitos de derecho y acceso a la salud, mismos que argumentan que el gobierno nacional velará por la calidad y estilo de vida de la población, estableciendo altos estándares de calidad en los servicios prestados que buscan mantener equidad en el género, así como en aspectos sociales. El poder gozar de servicios de salud dignos que generen prevención y atención de calidad, representa una eliminación sobre la concepción de que los mismos sean asignados de forma privilegiada direccionándolos a porciones de población específicas, pues se pretende que dicha prestación sea un derecho del que puedan gozar todos los ciudadanos y al mismo tiempo que mejoren su estilo de vida.

El gobierno nacional busca también que las personas puedan gozar de la gratuidad de servicios públicos, pues un subsidio del cien por ciento sobre todos estos servicios se verán contemplados en todos los niveles de atención ciudadana, mismos que comprenderán procedimientos como los de diagnóstico, tratamiento, medicina y rehabilitación. De esta manera es necesario que para justificar el gasto público sobre la gratuidad de dichos servicios, se pueda evidenciar aspectos que van desde lo general a lo particular, como, por ejemplo, la calidad de la infraestructura y del equipamiento que mantienen las instituciones, el profesionalismo del recurso humano, tanto administrativo como médico, la calidad de la medicina y la agilidad de los procesos de gestión; siempre considerando que la universalización de la salud es uno de los objetivos a cumplirse en el período del ejecutivo.

El artículo 363 de la Constitución es uno de los más trascendentes, pues mantienen su enfoque en la salud pública y prestación de los servicios. Dicho artículo expone sobre cada una de las responsabilidades que el gobierno tiene que manejar para la formulación de políticas, toda vez que se provea de servicios de salud estatales adecuados, garantizando al mismo tiempo la práctica médica con responsabilidad social y ética. Lo que mantiene el sector como meta a largo plazo es generar la construcción de una sociedad menos vulnerable a la adquisición y contagio de enfermedades, donde la misma sociedad tenga la certeza de que ciertamente tiene respaldo del gobierno para tratar sus enfermedades en caso de tenerlas, tomando en cuenta que las políticas de la salud responderán exclusivamente al interés público.

Bajo esta coyuntura, la Constitución del República maneja directrices para que la ciudadanía pueda alcanzar un mejor estilo de vida a través de los diferentes programas y proyectos que tienen como meta establecer beneficios a la población, pues los artículos establecen que el Ministerio de Salud Pública registre la autoría del sector donde controlará las acciones y el funcionamiento de las instituciones vinculadas al sistema.

Como lo indica la Constitución de la República 2008 “Para poder garantizar una carrera sanitaria eficiente, los practicantes de la salud deberán gozar de un sistema de formación profesional”<sup>37</sup> ya que el

---

<sup>36</sup>Carta magna vigente en la República del Ecuador, **Constitución del Ecuador 2008**. Montecristi Manabí: Asamblea Constituyente.

Estado será el responsable de promover el desarrollo integral del personal de salud y; que a su vez, le permitirá actualizarse, formarse y mejorar constantemente sus aptitudes, pues la Constitución contempla que la vida, la salud y la prevención, están en manos de los profesionales.

El tema presupuestario es otro de los aspectos que se contempla en la Constitución de la República, pues entre sus artículos, el No. 366 indica de la intervención oportuna del Estado para que los recursos económicos puedan mantenerse estables dentro de las instituciones de salud que operan en el territorio nacional. Dichos establecimientos cuentan con recursos que se les asigna de manera justa, de tal manera que se pueda cubrir con los requerimientos y necesidades de la población manteniendo una transferencia constante y equilibrada sin que cause desperfectos en el sistema.

Finalmente, la Constitución contempla que la funcionalidad del sistema de salud será siempre más eficiente con la oportuna y ágil intervención del Estado, pues el mismo garantiza los derechos de la ciudadanía. Bajo esta coyuntura es importante destacar que las políticas sanitarias estatales requieren también de la participación de los actores directos del sistema, que son las instituciones públicas de salud, así como de los participantes indirectos, que son las empresas privadas, ONG y medios de comunicación.

## ***Plan nacional del buen vivir***

El buen vivir, también el conocido como “Sumac Kawsay” en idioma quichua, implica la mejoría en cuanto a la calidad de vida de la población, garantizando el desarrollo de capacidades e impulsando las destrezas individuales. De igual forma, el Plan nacional del buen vivir busca “Contar con un sistema económico que se preocupe por brindar igualdad y equidad en la distribución de la riqueza”.<sup>38</sup> En este contexto, dicho plan garantiza el derecho a la “salud universal”, por lo tanto el Estado siempre deberá mantenerse preocupado por una salud de calidad donde exista atención permanente y que la ciudadanía pueda acceder fácilmente al sistema.

Las propuestas planteadas en el plan están enfocadas en revolucionar y velar por los intereses de la población, los mismos que son manejados e implementados por los poderes ejecutivos. Por lo tanto dicho plan ha trabajado por la democracia, la revolución ética, responsabilidad social e implementación de mejoras en ámbitos económicos y productivos; manejando desafíos políticos donde se pretende desarrollar nuevas y mejores metodologías para incrementar el desarrollo nacional.

El buen vivir, se enmarca también en la búsqueda de la justicia e igualdad social, donde todos los pueblos y culturas tengan un modo de vida sano, bueno y lleno de ventajas. Dicho plan puede mantener argumentaciones utópicas para ciertos lectores, sin embargo el buen vivir mantiene que:

---

<sup>37</sup> Asamblea Constituyente (2008), *Constitución de la República*, Art. 363.

<sup>38</sup> Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013 <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir>

La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y se florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno - visto como un ser humano universal y particular a la vez - valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro). Nuestro concepto de Buen Vivir nos obliga a reconstruir lo público para reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros - entre diversos pero iguales - a fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y mutuo reconocimiento, y con ello posibilitar la autorrealización y la construcción de un porvenir social compartido.<sup>39</sup>

El plan se enmarca en la planificación de doce importantes objetivos nacionales, alineados a las metas y objetivos del gobierno actual. Dichos objetivos presentan una actualización sobre aquellos que fueron planteados en el Plan 2007 - 2010; pues dentro de estos, el objetivo que más se alinea con la investigación planteada, es el **objetivo Nº. 2** el cual plantea el mejoramiento el estilo de vida y capacidades de la ciudadanía que se encuentran destacadas en cuatro aspectos fundamentales de los seres humanos.

- **Salud:** Donde se establezca atención al usuario, que sea adecuada y oportuna y que, al mismo tiempo, pueda garantizar de salud digna a cada uno de los ciudadanos de toda la población.
- **Educación:** Donde exista el compromiso de impartir saberes para enfrentar la vida, así como también fortalecer la capacidad de los logros individuales y sociales.
- **Cultura:** Definiendo un sistema de creencias y valores que lleguen a configurar y establecer las identidades colectivas.
- **Deporte:** Contribuye un soporte importante de la socialización en el marco de la educación, la salud y también de la acción individual y colectiva.

Las políticas determinadas para cumplir el objetivo 2 del Plan nacional del buen vivir son:

1. Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural, y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales.
2. Mejorar progresivamente la calidad de la educación, con un enfoque de derechos, de género, intercultural e inclusiva, para fortalecer la unidad en la diversidad e impulsar la permanencia en el sistema educativo y la culminación de los estudios.
3. Fortalecer la educación intercultural bilingüe y la interculturalización de la educación.

---

<sup>39</sup> Ramírez, Carmen (2008) *En buen vivir en las sociedades latinoamericanas*. Nicaragua – Publicaciones, p. 387.

4. Generar procesos de capacitación y formación continua para la vida, con enfoque de género, generacional e intercultural articulados a los objetivos del buen vivir.
5. Fortalecer la educación superior con visión científica y humanista, articulada a los objetivos para el buen vivir.
6. Promover la investigación y el conocimiento científico, la revalorización de conocimientos y saberes ancestrales y la innovación tecnológica.
7. Promover el acceso a la información y a las nuevas tecnologías de la información y comunicación para incorporar a la población en sociedad que mantenga la cultura de la información y fortalecer el ejercicio de la ciudadanía.
8. Promover el deporte y las actividades físicas como medio para fortalecer las capacidades y potencialidades de la población.

Las políticas planteadas para los objetivos anteriormente expuestos topan diferentes actividades que hacen que prevalezca el impulso para el desarrollo humano (tema también presentado en el Capítulo II). Dentro de las políticas, la más destacada en los ámbitos sanitarios y de fortalecimiento en la prestación de los servicios en la salud, es la política N° 2, ya que se pretende asistir a la ciudadanía para que tenga un correcto desarrollo y en el futuro pueda gozar de una salud digna. Este objetivo se alinea con el resto, pues la educación y la salud son bases de gran trascendencia en cuanto a los impactos que se genera en la población, pues de estos depende el desarrollo, éxito o la poca estabilidad que un país pueda demostrar, pues de las mismas depende el que exista consolidación de regímenes democráticos que contribuyan a la erradicación de las desigualdades económicas, políticas, sociales y culturales.

### ***Estatuto orgánico por procesos del Ministerio de Salud: Políticas***

Para establecer un análisis más preciso de las políticas sanitarias que se manejan en el sector salud del Ecuador y que han sido planteadas por el actual gobierno, es preciso levantar una investigación analítica del Estatuto orgánico por procesos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador<sup>40</sup>, el cual se alinea al Plan decenal de la salud establecido por la Organización Mundial de la Salud para Latinoamérica y África.

El estatuto fue aprobado el 10 de noviembre de 2011 por el Ministerio de Relaciones Laborales (MRL) una vez que emitió dictamen favorable, pues en sus líneas se conoce de los principales objetivos estratégicos que del Ministerio de Salud mantiene como parte de las políticas de salud.

1. Incrementar los mecanismos para la implementación de una reforma en el sector salud.

---

<sup>40</sup> Estatuto Organizacional (2011) ***Procesos del Ministerio de Salud Pública***, Ecuador. Ministerio de Relaciones Laborales

2. Incrementar las capacidades y competencias del recurso humano.
3. Incrementar la eficiencia, eficacia y calidad de las actividades operativas del Ministerio de Salud Pública.
4. Incrementar la eficiencia y calidad del sistema nacional de salud.
5. Reducir la brecha de acceso universal a la salud.
6. Incrementar el desarrollo de la ciencia y tecnología en el ámbito de la salud.
7. Incrementar los niveles de seguridad de los productos de consumo humano.
8. Incrementar la vigilancia, control, prevención y la promoción de la salud.

En base a estos objetivos, el Ministerio de Salud presenta su desenvolvimiento dirigido al nivel institucional como a la comunidad, el cual trabaja en función su misión interna y las políticas vigentes en el desempeño del Estado, sustentándose en la filosofía de gestión y administración por procesos que identifica clientes, productos o servicios. Los procesos gobernantes hacen que la gestión institucional se enmarquen en las políticas, normas, directrices y procedimientos para establecer una mejor administración del marco legal institucional, pues en esta misma línea existen procesos agregadores de valor que administran los productos institucionales y los servicios destinados a usuarios tanto externos e internos, permitiendo que los objetivos estratégicos se cumplan. Además, otra parte fundamental que se contempla en la rectoría del sector sanitario son los procesos de asesoría y apoyo a la institución, los cuales impulsan la gestión atribuida al Ministerio de Salud realizando sus actividades paralelamente a la normativa de la Constitución de la República. Estos procesos generan el impulso de la desconcentración de los servicios que oferta el sistema sanitario, teniendo como meta su acercamiento a la población del país, enmarcados en una adecuada planificación territorial.

El Estatuto Orgánico, se encuentra alineado al Plan decenal de salud que refleja su vínculo como parte de una política sanitaria que se implanta en el sector sanitario del país, por lo que es necesario destacar el esfuerzo que el gobierno ha realizado para implementar mejoras dentro de los diferentes sectores sociales del territorio nacional, pues SENPLADES formó una comisión de actualización, consulta y finalización para los planes y proyectos que tienen como fin generar impacto social. En esta coyuntura se halla la idea de plantear una reforma del sector de salud con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos planteados en un tiempo justo y razonable.

El Plan decenal de salud fue un instrumento de relevancia para el desarrollo del estatuto, el cual se enmarca en los principios éticos y sociales como en el marco legal vigente. El Estatuto orgánico por procesos del Ministerio de Salud Pública, está llamado a articular la gestión nacional de la salud y la diversidad de instituciones y organizaciones que lo integran, con la finalidad de identificar las directrices que conllevan a lograr los objetivos estratégicos del sector; tanto en lo que se refiere al desarrollo de los



subsistemas y diversos componentes del sistema como en lo relativo a la producción social de bienes y servicios de salud en base a la participación social.

Aun cuando el gobierno nacional realice los esfuerzos, como es el de mejorar la infraestructura, equipamiento y gestión institucional, se debe considerar que la deuda social se mantiene, ya que los compromisos gubernamentales coordinados entre el ejecutivo y los ministerios no han logrado cumplir. Por ejemplo, la falta de gestión para reducir los índices de mortalidad materna, mortalidad infantil, la desnutrición, la tuberculosis y diferentes cuadros epidemiológicos o virales. A su vez, el gobierno actual está en la necesidad de enfrentar problemas sociales de la modernidad (diabetes, enfermedades cardiovasculares, conflictos con el alcohol y drogas que producen adicción, accidentes) que generan complicaciones en la población y que como consecuencia la ciudadanía necesitan demandar en mayor porcentaje los servicios sanitarios que se ofertan. Por otra parte se ha experimentado la existencia de grandes brechas en cuanto a la falta de equidad en salud, en el acceso a servicios de calidad y en el elevado gasto familiar que se debe emplear para contrarrestar una afección de salud, pues para alcanzar los objetivos y metas que el sector sanitario pretende que sea necesario contribuir el impulso del desarrollo humano a través del esfuerzo de la misma sociedad impulsado por el gobierno.

Para alcanzar los objetivos planteados en dicho estatuto, se ha determinado un conjunto de prioridades que el Estado debería mantener:

1. Articular el sector salud con los procesos de desarrollo humano y sostenible.
2. Aumentar la esperanza de vida y reducir las brechas de inequidad social y de género en salud.
3. Reducir la deuda social acumulada en salud.
4. Estructurar y desarrollar el sistema nacional de salud de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República 2008.
5. Reestructurar el sector salud para que asuma con efectividad y eficiencia las funciones de rectoría del sistema nacional de salud.
6. Fortalecer la participación social en salud y la colaboración de otros sectores afines (municipalidades, Educación, Agricultura, etc.)
7. Enfoque de equidad de género en salud.

## **Capítulo III**

### **Descripción del sector salud y alcances de la nueva propuesta**

En el capítulo a continuación se procederá a establecer un análisis que principalmente refleja el diagnóstico y la situación actual por la cual se encuentra atravesando el sector salud del Ecuador, esto quiere decir que se hará primeramente una revisión del esquema que maneja el sector y sus cuantificaciones en cuanto a cobertura de servicios y disposición de oferta tanto institucional como de recurso humano para cubrir con las necesidades de la población.

No obstante es necesario mantener en cuenta que el sistema de provisión de servicios actual de salud mantiene un esquema conformado en la alta concentración de los procesos, lo que entorpece y genera los denominados “cuellos de botella” impidiendo la fluidez de atención y gestión del sistema dejando de lado la regulación y la rectoría del sistema.

Posteriormente, el capítulo se centrará en exponer, detallar y analizar la propuesta de reforma institucional, donde se describe el enfoque y los lineamientos que esta mantiene para mejorar los procesos administrativo y médicos en función de una adecuada prestación de servicios.

#### ***Sistema de salud del Ecuador: Diagnóstico***

Es importante describir las condiciones y características del actual sistema ecuatoriano de salud, incluyendo su cobertura y estructura, así como también sus fuentes de financiamiento, recursos físicos y humanos de los que se dispone, tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, la generación de información en salud, tareas de investigación y la participación de los ciudadanos en la operación, diagnóstico y evaluación del sistema.

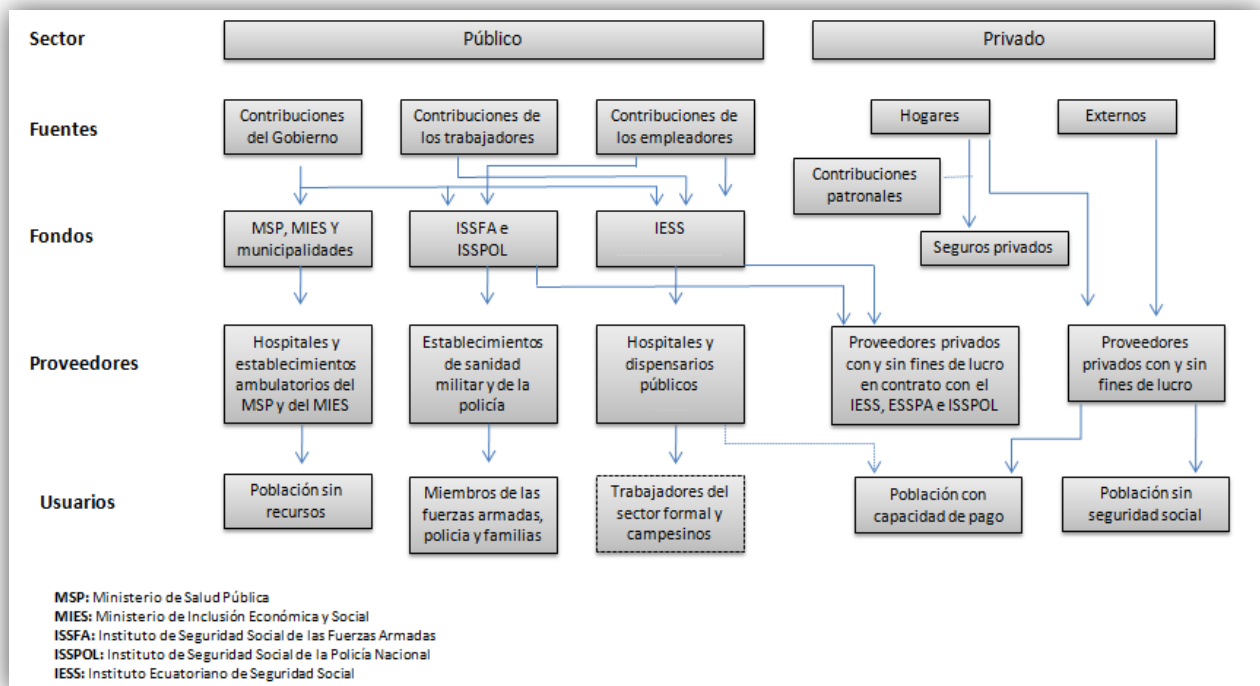
El sistema de salud del Ecuador está compuesto por dos sectores paralelamente que son el privado y el público. El sector público, es el que comprende el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población, El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada.

Paralelamente el sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina pre pagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina pre pagada cubren aproximadamente el 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10.000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y

tecnología elemental, mismos que se encuentran ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele realizar pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

En la ilustración Nº. 9 que se expone a continuación, se detalla gráficamente la distribución del sector salud para ambos sectores, el privado como el público, haciendo énfasis en lo anteriormente descrito.

**Ilustración Nº. 9: Esquema y organización del sector Salud**



Fuente: Rodrigo Henríquez (2011), *Salud – Ecuador*

Elaboración: David Palacios

Conforme a la ideología que tiene que mantener el sector salud ligado a una constitución que exige la prestación de servicios en salud que se enmarquen en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia y precaución; el Ministerio de Salud Pública para el año 2011 demuestra un alta provisión de servicios cubriendo con un 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias que atiende al 51% de la población ecuatoriana.

Dentro de las prestaciones que el sistema ofrece, los ecuatorianos que mayores beneficios en salud reciben son aquellos que están cubiertos por algunos de las instituciones de seguridad social, ya que su esquema de atención, en cuanto a procesos administrativos, se encuentra ligado con la labor de estos organismos. Dentro de estas prestaciones se incluyen la consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y rehabilitación quirúrgica y de hospitalización.

Dentro del aspecto de financiamiento para llegar a ofertar y ejecutar la prestación de los servicios de salud que requiere la población, la Constitución de la República indica que:

Art. 366 “El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud”

En este contexto, el gasto en ámbitos de salud en el Ecuador ha crecido considerablemente en los últimos 10 años según la Organización Mundial de la Salud en el año 2011. De 4.2% del PIB pasó a 5.9% en el 2010. El gasto per cápita<sup>41</sup> (anual) en salud aumentó de 41 dólares en el 2000 a \$228 en el 2007 y posteriormente a un estimado de 328 dólares en el 2010. El gasto público se incrementó de 31.2% del gasto total en salud a 39.5% mientras que el sector privado de salud reflejo para el 2010 un 60.5% del gasto total. En este contexto es necesario aclarar que si se plantea un análisis sobre los quintiles de la población, el más pobre (Q1) es el más desprotegido ya que solamente el 12% poseía un seguro de salud antes del posicionamiento del actual gobierno; y pues este porcentaje reflejaba ser mayor en el quintil más rico (Q5) con el 36% de protección en salud.

Otro aspecto importante en cuanto al análisis y diagnostico actual del sector es el de la infraestructura y equipamiento disponible para la prestación de servicios, pues Ecuador registra 3 847 establecimientos de atención en salud, de los cuales el 80% forman parte del sector público, considerando que el Ministerio de Salud Pública concentro el 47% de unidades y el IESS el otro 23%; solamente un 10% pertenece a los municipios y otras entidades y que a su vez cuentan con 1674 establecimientos de salud ambulatorios y 125 hospitales: 28 hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 hospitales de especialidad.

En cuanto al recurso humano que se dispone para la prestación de los servicios, entre el 1996 al 2010 se incremento la cantidad de empleados, dentro del sistema de salud se reflejo aproximadamente 21% pero pese a esto se mantiene un déficit relativo en cuanto a médicos y enfermeras que se agrava debido a un sistema de contratación laboral en el sector que mantiene al esquema horario de cuatro, seis y ocho horas.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – Encuesta de Recurso Humano, en el 2009 Ecuador contaba con alrededor de 75 mil trabajadores de la salud, donde la razón de médicos por 1000 habitantes era de 1.9 manteniendo una media muy inferior respecto a la de otros países de Sudamérica, como es el caso de Argentina (3.0) Uruguay (3.6) y Chile (3.5) y en cuanto a la tasa de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional refleja un 0.6, lo cual está por debajo del promedio latinoamericano que en el 2009 era de 0.8.

Es importante tomar en cuenta que la prestación de médicos tiende a concentrarse en las grandes ciudades, lo que provoca problemas graves de distribución; por ejemplo en la provincia de Pichincha hay 2 médicos por cada 1000 habitantes, mientras que en provincias como las de Galápagos y Orellana la razón es de 0.56 y 0.43 respectivamente.

En cuanto al mantenimiento de orden y la regulación de atención del sector, la Constitución enfatiza fuertemente en la necesidad de recuperar la regulación para el Estado Ecuatoriano y señala que al Ministerio de Salud Pública le corresponde el ejercicio de la rectoría en salud, así como también la

---

<sup>41</sup> <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>

responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la LOSNS con sus normas dictadas en vigencia.

Dentro de la composición de la estructura actual que mantiene el MSP, se dispone de una Dirección de Salud en cada una de las provincias y debajo de estas se encuentran las áreas de salud, mismas que son circunscripciones geográficas acorde a la extensión poblacional. Estas áreas funcionan como unidades de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de las cuales dependen los servicios básicos de salud. Partiendo de este esquema en el segundo semestre del 2011 se plantean estudios de una nueva estructura y estratégica territorial, donde se prevé plantear una reorganización que mantenga coincidencias territoriales en ámbitos de la salud, educación, así como también de inclusión social; pues a lo que se apunta es a una reforma que mantenga un esquema por regiones, provincias, distritos y circuitos.

El MSP también ejerce la rectoría de las entidades de salud mediante el otorgamiento del permiso de funcionamiento a las empresas de salud, tanto de las públicas como de las privadas y de medicina prepagada. Sin embargo es importante destacar que además del MSP, varias entidades participan paralelamente en la supervisión para la ejecución de las actividades del sector salud, pues de acuerdo con el ámbito de competencia; por ejemplo la Contraloría General del Estado se encarga, en el ámbito financiero, de controlar los hospitales y las unidades médicas, y examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de entidades donde el Estado tiene participación. Por otro lado, la Superintendencia de Compañías autoriza la constitución de entidades de medicina prepagada y la Superintendencia de Bancos y Seguros ejerce el control sobre las unidades médicas del IESS conforme a la Ley de Seguridad Social.

### ***Situación actual del sector salud***

En el país no ha existido una instauración real y concreta de reformas del sector salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del mismo. Durante el período 1996-2008, este proceso se caracterizó por la formulación y discusión de varias iniciativas con diversos enfoques sobre el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; programas para la extensión de cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario con base en la atención primaria.

Es importante destacar que la situación actual de los diferentes sectores del país y su administración pública depende de la gestión de los gobiernos que se encuentren a cargo de los mismos, pues a manera de referencia se debe mencionar que desde 1994 al 2008 se han sucedido ocho gobiernos, lo que provoca una profunda crisis de gobernabilidad, incremento en la corrupción, inestabilidad administrativa y por su puesto falta de gestión pública, lo que afecta considerablemente las dinámicas para establecer una reforma.

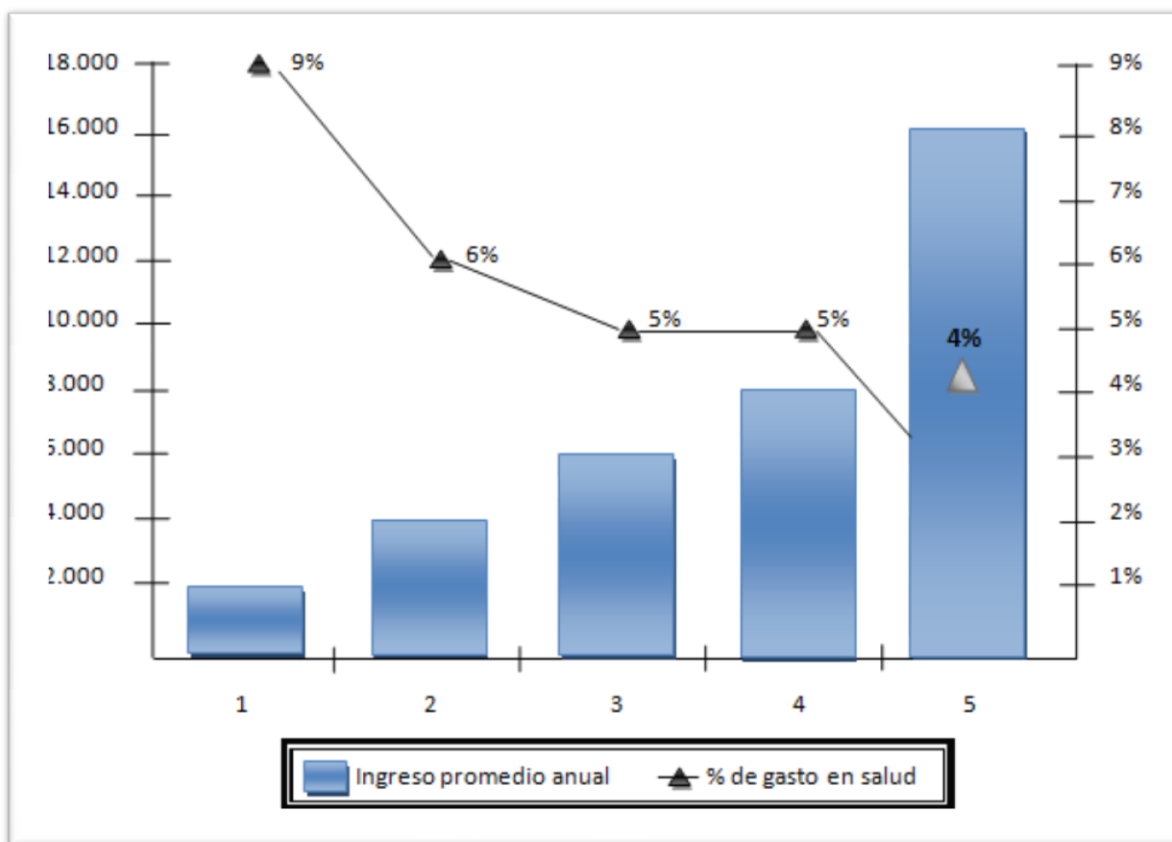
Las inestabilidades político-administrativas vividas por el país en ese período impidieron la realización de planes concretos y sostenidos de implementación, debido a la predominancia de políticas coyunturales y

contradictorias de cada nuevo gobierno, a la resistencia de las organizaciones sociales progresistas y a la falta de consenso entre los actores involucrados.

El actual sistema de provisión de servicios de salud a la ciudadanía se caracteriza por la fragmentación y segmentación del mismo, ya que permanece la falta de coordinación entre actores internos, así como la separación de funciones entre subsistemas, tomando en cuenta que cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados y a su vez cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. Por ejemplo y como ya antes, el subsector público está conformado por los servicios del MSP, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios.

Dentro de la gestión que el sector salud mantiene en la actualidad, se puede evidenciar en la ilustración Nº. 10 a continuación, el porcentaje de gasto que emplea el gobierno en base a los quintiles poblacionales en el año 2010.

**Ilustración Nº. 10: Porcentaje de gasto en Salud por quintiles  
Ecuador 2010**

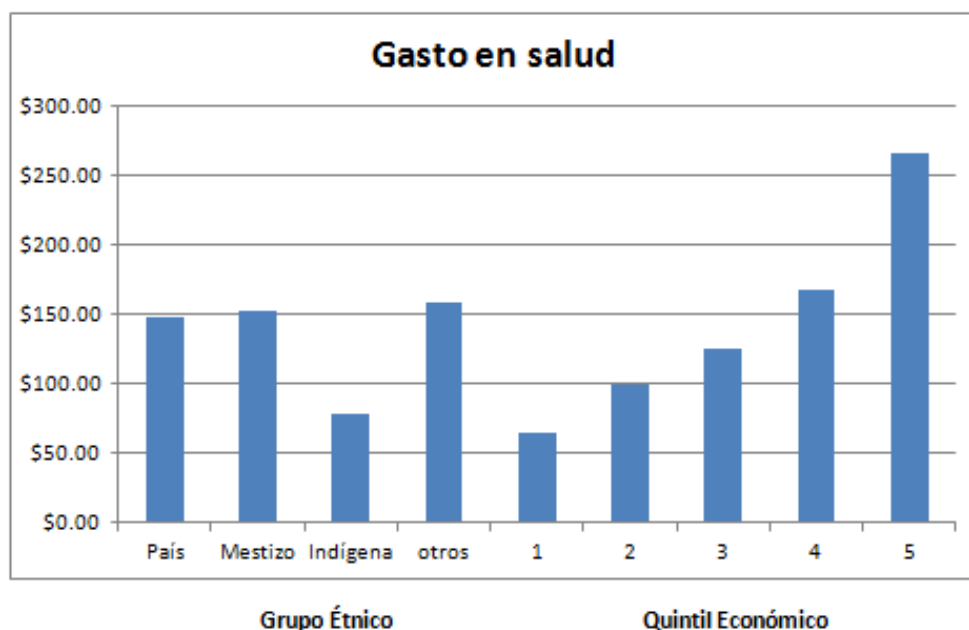


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Condiciones de Vida 2010  
Elaboración: David Palacios

En dicha ilustración se puede evidenciar que en el quintil 1 de la población es donde se puede percibir una menor cantidad de ingresos económicos en los hogares, donde como resultado y medida compensatoria el gobierno debería emplear una inversión de sobre el total del gasto en salud de al menos el 9% para equipara la situación que percibe el quintil más rico de la población.

Estudios realizados sobre el gasto público en salud y educación, muestran que el quintil más rico de la población ecuatoriana recibe cerca del 40% de los beneficios, mientras que el quintil más pobre recibió menos del 10%. Por lo tanto en la ilustración N°. 11 a continuación se expresa el gasto per cápita anualizado según grupo étnico y quintil económico que refleja el sector para el 2010 y con tendencia similar en la actualidad.

**Ilustración N°. 11: Gasto en Salud per cápita**



Fuente: EDEMAIN 2010  
Elaboración: David Palacios

Es necesario destacar que el sector público, destina un 81,2% del gasto en salud para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva. En el primer nivel de atención se gasta 34,1%, en el segundo 29,9% y en el tercero 36%. De ese gasto, el 34,4% corresponde a la provisión de servicios hospitalarios, el 29,3% al suministro de medicamentos, el 23,6% a servicios ambulatorios, el 11,7% a la salud pública y el 0,9% a la investigación. Sólo el 31,8% se focaliza en los grupos en pobreza y el resto recibe el 68,2%.

Dentro de la oferta actual que el sector mantiene, es necesario destacar el número de establecimientos que brindan servicios de salud según su clase, sector y entidad tal como se expresa en el cuadro N°. 1 e ilustración N°. 12

**Cuadro N°. 1: Número de establecimientos según clase, sector y entidad años 2000 y 2010**

CLASE, SECTOR, ENTIDAD	2000	
	NÚMERO	%
<b>CLASE</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>590</b>	<b>100</b>
Hospital General	71	12
Hospital Cantonal	92	15.6
Hospital Especializado:		
Crónicos	14	2.4
Agudos	12	2
Clínicas Particulares	401	68
<b>SECTOR</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>590</b>	<b>100</b>
Sector Público	176	29.8
Sector Privado	414	70.2
<b>ENTIDAD</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>590</b>	<b>100</b>
Ministerio de Salud	122	20.7
Ministerio de Defensa	16	2.7
Seguro Social	18	3.1
Junta de Beneficiencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia	9	1.5
Policia Nacional	4	0.7
Municipios	2	0.3
Fisco-Misionales	5	0.8
Instituciones Particulares*	414	70.2

\*Incluye clínicas particulares, entidades  
provasdas con y sin fines de lucro

CLASE, SECTOR, ENTIDAD	2010	
	NÚMERO	%
<b>CLASE</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>780</b>	<b>100</b>
Hospital Básico	97	12.4
Hospital General	78	10
Hospital Especializado Agudo	14	1.8
Hospital Especializado Crónico	19	2.4
Hospital de Especialidades	9	1.2
Clínica General	531	68.1
Clínica Especializada	32	4.1
<b>SECTOR</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>780</b>	<b>100</b>
Sector Público	185	23.7
Sector Privado con fines de lucro	565	72.4
Sector Privado sin fines de lucro	30	3.8
<b>ENTIDAD</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>780</b>	<b>100</b>
Ministerio de Salud	122	20.7
Ministerio de Justicia, Gobierno y Policia	3	0.4
Ministerio de Defensa Nacional	12	1.5
Seguro Social	19	2.4
Junta de Beneficiencia de Guayaquil	4	0.5
SOLCA	8	1
Otras*	14	1.8
Privadas sin fines de lucro	29	3.7
Privado con fines de lucro	564	72.3

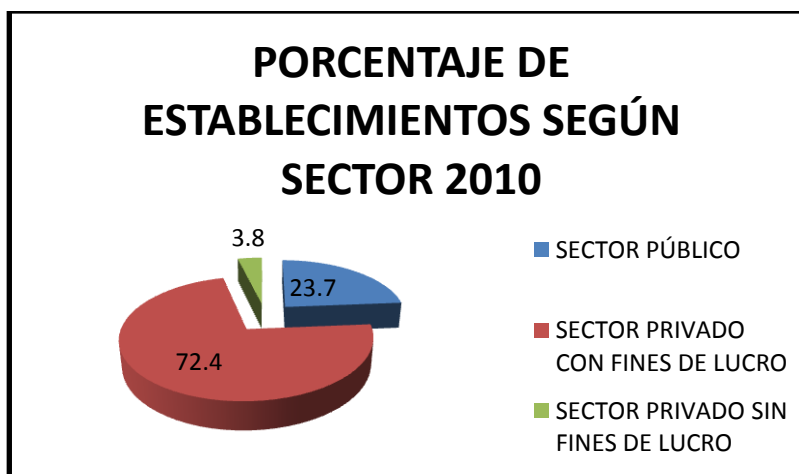
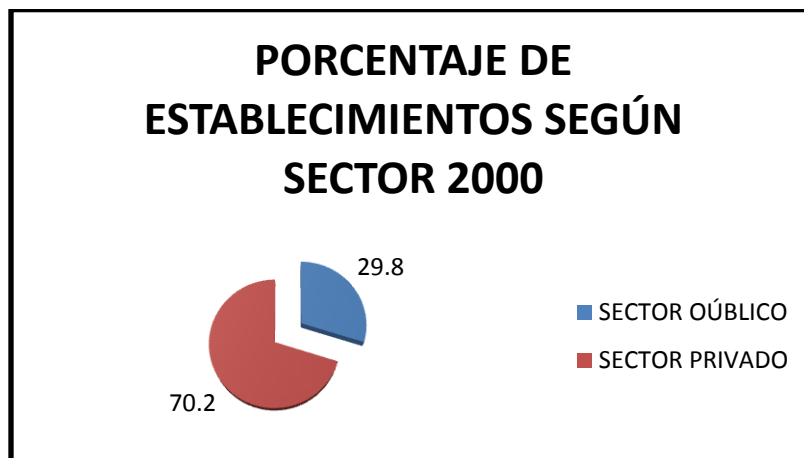
\*Incluye: Ministerio de Educación, Otros Ministerios (Bienestar Social, Obras  
Públicas, Otros), Consejos Provinciales, Municipios, Universidades Públicas y  
Privada; Politécnicas, Cruz Roja Ecuatoriana, Fisco Misionales y Otros públicos  
(INFA, Sociedad Protectora de la Infancia)

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas Recursos en salud

Elaboración: David Palacios



**Ilustración N°. 12: Porcentaje de establecimientos según sector  
Años 2000 y 2010**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas Recursos en salud  
Elaboración: David Palacios

Como se puede apreciar, en el periodo del 2000 – 2010 ha existido una reducción en la brecha con respecto a la falta de atención sobre los servicios de salud en el país, pues el incremento de establecimientos del sector ha ido aumentando progresivamente para cada uno de los tipos de establecimientos; sin embargo es notorio que el sector privado abarca en mayor porcentaje su posicionamiento dentro del país, pero también es evidente que el sector público ha crecido en mayor porcentaje que lo que ha hecho el privado, es decir el sector público de salud ha crecido en un 6.10% mientras que el privado en un 2.20%.

A todo esto es necesario aclarar que lo que prevé la reforma institucional a través de mejoras administrativas, atención al cliente y en ámbitos de gestión, es que los establecimientos de salud públicos crezcan en función de las necesidades poblacionales basados en la demanda de las zonas y

distritos que propone el nuevo modelo de reestructura, lo cual se podrá analizar y evidenciar con más claridad en el siguiente capítulo de esta disertación.

## ***Descripción de la propuesta de Reforma***

En la Constitución de la República del Ecuador se indica mediante el Art. 361 que la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y su legítima responsabilidad es la de formular políticas, al igual que normar, regular y controlar todas las actividades sanitarias y el funcionamiento adecuado de las entidades que conforman el sector a nivel nacional.

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.<sup>42</sup>

Por lo tanto, las funciones, atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se enmarcan en la misión y visión institucional.

### ***Misión Institucional<sup>43</sup>***

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia y control sanitario, garantizando el derecho a la salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

### ***Visión Institucional<sup>44</sup>***

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del sistema nacional de salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad y que se garantice la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Así mismo, el MSP como una de las instituciones públicas más importantes y actualmente el segundo ministerio más grande del país, registra alrededor de 57.000 funcionarios que desempeñan sus labores médicas y administrativas en esta cartera de Estado; el mismo que es regulado por la función ejecutiva y

---

<sup>42</sup> Ministerio de Salud Pública (2011), *Ley Orgánica de Salud*. Ecuador: Art. 3.

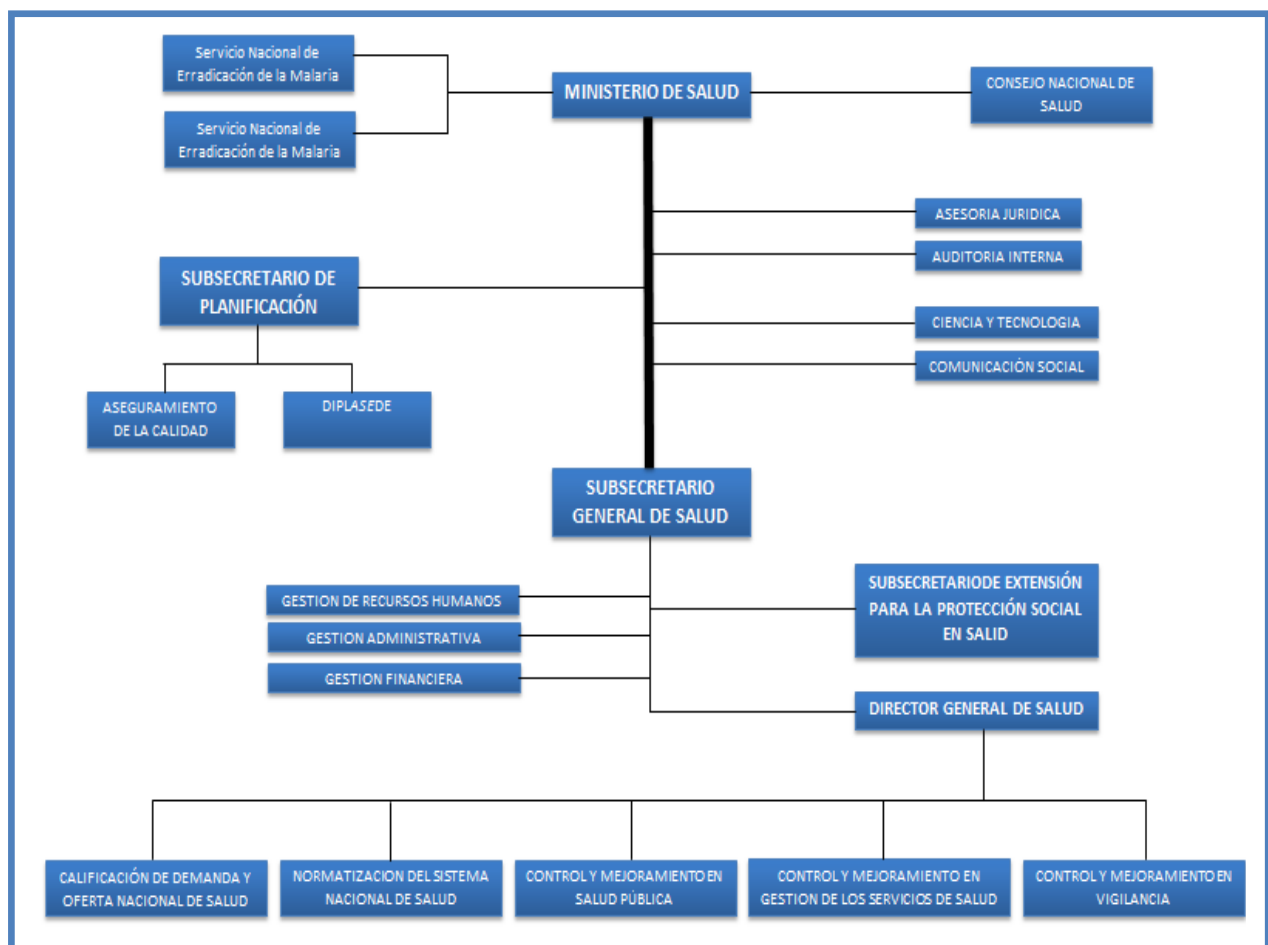
<sup>43</sup> <http://www.msp.gob.ec/>

<sup>44</sup> <http://www.msp.gob.ec/>

reporta sus actividades al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. El Ministerio de Salud está constituido por un nivel central, cuyas oficinas están ubicadas en la ciudad de Quito y sus niveles desconcentrados a nivel provincial.

El sistema nacional de salud está conformado por la red pública que comprende hospitales del IESS, de la Policía y de las Fuerzas Armadas y que paralelamente se conforma también de una red complementaria que son las instituciones privadas de salud. Con este antecedente, la estructura organizacional del ministerio contempla la agilidad de la institucionalidad **pública** que apunta directamente a una transformación, por lo que se necesita conocer de la estructura orgánica presente que se mantiene en el Ministerio. (Véase ilustración Nº 13).

**Ilustración Nº 13: Estructura orgánica**



Fuente: Estatuto Orgánico por procesos (2010)

Elaboración: David Palacios

Lo demostrado en esta ilustración es que dicho proceso gobernante está conformado por el Ministro de Salud, el Subsecretario de Planificación, el Subsecretario General de Salud, el Subsecretario de Extensión Social en Salud y el Director General de Salud, este último teniendo a su cargo los procesos agregadores

de valor. Adicionalmente a esta estructura, existen tres entidades adscritas que forman parte del Ministerio de Salud:

El **INH** (Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo, Izquieta, Pérez”) se encarga de sostener el proceso de investigación y diagnóstico microbiológico, siendo el responsable de coordinar con la autoridad institucional el planteamiento, ejecución, supervisión técnica y administrativa de la investigación y diagnóstico microbiológico con aplicación a vigilancia epidemiológica, control, docencia, entrenamiento, capacitación y referencia. Es la cabeza de la red nacional de laboratorios en el gran contexto de la microbiología, actividades que se ejercen por los subprocesos o laboratorios.

El **SNEM** (Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria) se encarga de cumplir con los procesos de fumigaciones bacteriales en las provincias que lo requieran, con el objetivo de eliminar el mosquito *aedes aegypti* causante de la propagación del dengue.

El **CONASA** (Sistema Nacional de Salud) organismo de representación de los integrantes del sistema nacional de salud, conformado por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Los alcances de la propuesta de reforma y reestructuración del Ministerio de Salud Pública, se enmarcan en la reforma democrática planteada por el Estado a nivel nacional; proceso que tiene como meta mejorar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios públicos prestados a la ciudadanía. En esta línea el MSP pretende a través de la reforma, desconcentrar y descentralizar.

- Desconcentración: Se refiere al fortalecimiento de los procesos del Ministerio de Salud Pública en sus niveles desconcentrados, donde se pretende vivir un mejoramiento en cuanto a las capacidades de resolución en cada uno de los territorios donde se encuentren las diferentes instituciones.
- Descentralización: Se refiere al traspaso de competencias exclusivas que deben mantener los gobiernos autónomos descentralizados. Por ejemplo las municipalidades.

La reforma y reestructura del Ministerio de Salud Pública pretende ser ejecutada a nivel nacional, partiendo de planta central hacia todos los niveles desconcentrados y las entidades adscritas, donde como resultado se pueda obtener beneficios dirigidos a la población objetivo conformada de 14.3 millones de habitantes ecuatorianos; número que se refleja en las estadísticas que mantiene el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Dicha generación de beneficios e impacto social positivo, se verá condicionado y determinado por la planificación, gestión y la adecuada coordinación que mantenga el MSP para brindar servicios de salud y que responda a los derechos de la universalización de la salud.

Actualmente varias instituciones del Estado y entre ellas el Ministerio de Salud, atraviesa un proceso de reforma democrática para incrementar los niveles de eficiencia, agilidad y articulación, para lo que se pretende implementar un nuevo modelo de reforma que contemple la oportuna intervención del Estado,

originando varios cambios enfocados en el desenvolvimiento administrativo, en la agilidad de atención médica e infraestructura que aviste altos estándares tecnológicos y de calidad. Este último enmarcándose en las nuevas orientaciones y estrategias de una planificación territorial.

Al establecer parámetros que contemplen una gestión eficiente del sistema del sector salud, es necesario desarrollar un nuevo estatuto orgánico por procesos; es decir que se proceda a generen nuevos lineamientos institucionales como son; la creación de nuevos perfiles, puestos y atribuciones que regirán para elevar el desempeño laboral de cada institución, fortaleciendo a su vez la rectoría institucional y los procesos que desencadenarán un impacto de cambio ante la perspectiva y concepto de rectoría que se mantenía en gobiernos anteriores. Es necesaria que la planificación y distribución territorial que se mantiene actualmente sobre las instituciones del sector sea modificada; pues la planificación del territorio es considerada como uno de los pilares fundamentales para que las instituciones públicas puedan generar prestación de servicios y oferta de bienes de salud para toda población.

A su vez, la situación de infraestructura y equipamiento que se mantiene, es algo preocupante en la actualidad, pues muchos de los hospitales, centros de salud y centros administrativos del sector presentan deficiencias en cuanto a su distribución arquitectónica; limitando en gran medida el buen desarrollo laboral de los funcionarios, así como también dejando mucha insatisfacción en los usuarios del sistema; recalcando que la dotación de infraestructura y equipamiento, garantizará una adecuada prestación de servicios que permita mejorar el estado de salud de toda la población requirente.

La organización que actualmente se mantiene en el sector público de salud del país hace referencia a que el Ministerio de Salud cuenta con una planta central que se caracteriza por tener baja capacidad de control sobre la implementación de políticas sanitarias, pues la falta de rectoría institucional y poco valor que se le ha dado, es uno de los determinantes para que esto suceda. Adicionalmente, se tiene que contemplar los procesos centralizados y poco eficientes del sector administrativo, financiero y médico que mantiene las instituciones, pues existe un sinnúmero de actividades que se realizan de forma centralizada direccionando todos los trámites a Planta Central, en lugar de optimizar tiempos y generar agilidad en los procesos realizando los mismos trámites directamente en localidades que se encuentren más cercanas a la ciudadanía; en esta línea, es preocupante que exista solamente una Subsecretaría del Litoral y 24 direcciones provinciales, mismas que tratan de abastecer las necesidades que demandan los habitantes de una provincia, donde no solo existe atenciones a nivel urbano, si no a nivel rural que es donde se genera en mayor medida la demanda de los habitantes y donde en consecuencia se presentan grandes dificultades para llegar hasta las instalaciones de la Dirección Provincial para realizar sus trámites, lo que genera barreras para el fortalecimiento de la atención primaria de la salud.

Entre las actividades más importantes de atención ciudadana que una dirección provincial de salud Pública mantiene son:

- Comisaría de la salud: Las autoridades de la dirección provincial en coordinación con las comisarías de la salud, proceden a atender denuncias de índole sanitaria que ciudadanos y ciudadanas han experimentado y necesitan ser resueltas.

- Vigilancia sanitaria: Las autoridades de la dirección provincial están encargadas de otorgar permisos de funcionamiento a personas que deseen establecer algún tipo de negocio que genere bienes o servicios de salud; permiso que se lo otorga una vez que se han realizado las evaluaciones sanitarias pertinentes.

### **Descripción organizacional de planta central MSP**

En función de una breve pero precisa apreciación se puede afirmar que la estructura actual del Ministerio de Salud Pública no favorece ni garantiza el cumplimiento de las políticas de salud que deberían regir dentro del sistema, esto debido a que su estructura en gestión es centralizada y de forma vertical. Posee también falta de esclarecimiento en los roles y duplicidad de las funciones que competen a las distintas dependencias de planta central y se mantiene una serie de perfiles inadecuados que no dan cumplimiento a los objetivos y que, a su vez, no permiten garantizar el desarrollo de las funciones específicas de cada uno de los puestos institucionales, de esta forma se afecta considerablemente los recursos asignados sobre los componentes de contratación en proyectos de inversión. Adicionalmente, existe desactualización en cuanto a la estructura orgánica oficial, misma que no refleja la estructura real sobre la cual se encuentra trabajando el MSP, lo que ocasiona confusión a los usuarios acerca de los procesos que se mantiene.

### **Descripción de las direcciones provinciales de salud**

Actualmente las diferentes direcciones provinciales mantienen una estructura bastante similar con respecto a la estructura empleada en planta central, y se reproduce continuamente un sistema poco funcional que no garantiza el acercamiento de los servicios hacia la ciudadanía. En cuanto al recurso humano que se posee, el personal tanto técnico – médico, como el administrativo, no mantiene un perfil que ayude a incrementar la eficiencia de gestión, donde adicionalmente no se cuenta con un sistema informático que dé las garantías para mantener información de datos una manera adecuada, ordenada y disponible, que cumpla con las facultades de monitorear y controlar el trabajo.

Con esta premisa, es necesario acotar que todas las direcciones provinciales se encuentran trabajando en territorios poco estratégicos, limitando su acceso y generando brechas de discriminación, direccionando la ayuda solamente a ciertas partes de la población.

### **Entidades adscritas al Ministerio de Salud**

Como ya se ha mencionado, en la actualidad el Ministerio de Salud Pública mantiene una articulación institucional bastante débil, pues el mismo problema se evidencia de igual forma en las entidades adscritas al Ministerio, ya que el control que ejercen instituciones como el ONTOT, SNEM y el INH no es de gran efectividad debido a la falta de rectoría institucional. La reforma institucional lo que pretende con respecto a las entidades adscritas, es ejercer cambios en cuanto al fortalecimiento de gestión en las zonas donde estas ejecuten y cumplan sus funciones, ya que las mismas impulsarán la creación de las

coordinaciones zonales y direcciones distritales, mismas que se encontrarán ubicadas estratégicamente en el territorio.

## **Análisis de oferta y demanda**

### **a) Demanda**

Los índices de demanda referencial que se manejan, están en función de la población ecuatoriana como parte de la denominada **población objetivo**, pues el alcance que mantiene el proyecto es generar impactos positivos a nivel nacional. Al mismo tiempo, el enfoque que el proyecto contempla, es analizar la demanda potencial que se genere una vez implementada la reforma, debido a que toda la población es potencialmente demandante de los servicios que brinda el sector; pues el Ministerio de Salud, como la máxima autoridad sanitaria, es la institución encargada de satisfacer la demanda poblacional en base al diseño de políticas y procesos de los cuales se beneficiarán todos los usuarios del sistema, fundamentándose paralelamente con la planificación de la oferta, control sanitario de los productos a consumir, la vigilancia epidemiológica en el país, así como también conservando estándares y protocolos de atención y asignación de medicamentos.

La demanda potencial se constituye de todas aquellas personas que no poseen ninguna afiliación a un seguro, por lo que se necesita conocer sobre las preferencias que la población tiende al elegir entre instituciones que servirán como aseguradoras de salud. En efecto, el cuadro N° 2 a continuación, presenta que el 31% de la población ecuatoriana se encuentra afiliada en algún tipo de seguro que brinda servicios de salud satisfactorios, indicando la preferencia sobre cada una de las instituciones indicadas, mientras que el 69% representando a 9'871.744.00 no lo posee.

**Cuadro N° 2: Preferencias porcentuales de la población sobre los aseguramientos de salud**

Ítem	Participación en %
IESS	25
IESPOL e ISSFA	3
Seguro privado	3
<b>Total</b>	<b>31</b>

Fuente: Dirección de Planificación del MSP  
Elaboración: David Palacios

En función de la reforma institucional, el Ministerio como institución y el personal que conforma la misma, serán quienes incentiven a la población a tener confianza sobre la gestión que mantiene el sistema, incrementando cada vez los estándares de profesionalismo en el recurso humano, como los procesos que se desenvuelven en las diferentes instancias de salud. Es importante señalar que el sector salud se conforma también de las siguientes instituciones – como anteriormente se lo mencionó - que atienden la demanda de la ciudadanía:

- Entidades públicas: Ministerio de Salud, municipios, gobiernos provinciales
- De la seguridad social: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas ISSFA e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional - ISSPOL.
- Instituciones sin fines de lucro: Beneficencia de Guayaquil, Patronato de San Jose, ONG.
- Sector privado en cual se incluyen instituciones como SOLCA, que mantiene un sistema de medicina pre pagado, clínicas y personas naturales privadas que prestan servicios incluyendo la medicina tradicional.

Estas instituciones dentro de la gestión del Ministerio de Salud Pública, alcanza una cobertura del 45% de la población, es decir que la demanda efectiva corresponde a un 55% del total de la población lo que equivale a 7'868.782 habitantes, según el departamento de Planificación del MSP<sup>45</sup>.

## **b) Oferta**

Si bien el Ministerio de Salud Pública es la autoridad sanitaria nacional, su capacidad, regulación, control y planificación del sistema nacional de salud, es bastante limitado.

En la actualidad el Ministerio de Salud, a través de su nivel desconcentrado, que son las direcciones provinciales de salud en las 24 provincias del país, no brindan los servicios a la ciudadanía de manera eficiente; pues estas instancias se encuentran ubicadas en los sectores urbanos de las diferentes ciudades, produciendo una barrera en cuanto al acceso y la oferta de servicios ciudadanos.

El limitado servicio de transporte público que opera en las zonas rurales del país por tener complicaciones e irregularidades geográficas, contribuye a que el acceso a los servicios que ofertan las instituciones desconcentradas se vuelvan costosos y tome un tiempo prolongado para acceder a ellos; en consecuencia los procesos de planificación en cuanto a la oferta no se reflejan de manera adecuada debido a la lejanía de las instituciones con respecto a las diferentes zonas del país.

Existen 170 áreas de salud en todo el país, que no realizan los procesos de planificación eficientes para ofertar sus servicios, ya que los mismos procesos se encuentran altamente concentrados. De igual forma, la infraestructura y equipamiento en la mayoría de los casos es bastante deficiente y contribuye a que la gestión no se ajuste a los estándares de calidad esperados por la sociedad. Constan también más

de 2000 unidades prestadoras de servicios de salud públicos, como centros y sub centros de salud, según los archivos que reposan en el Departamento de Control y Calidad del Ministerio.

---

<sup>45</sup> Ministerio de Salud Pública (2011), *Planificación*.



El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, posee de hospitales y unidades operativas que ofertan de sus servicios profesionales, médicos y administrativos generando oferta en función de la demanda existente. (Véase cuadro Nº 3)

**Cuadro Nº 3: Número de instituciones por provincia**

No.	PROVINCIAS	AREA	HE	HES	HG	HB	CS 24	CS	SCU	SCR	PS	UM	UF	UQ*	UO**	TOTAL	CAMAS
1	Azuay	10	1	0	1	5		14	14	58	14	5	0			113	390
2	Bolivar	4	0	0	1	2	3	1	7	26	14	1	0			55	128
3	Cañar	3	0	0	1	2	1	5	10	29	27	2	0			77	230
4	Carchi	4	0	0	1	2	1	1	5	25	24	1	0			60	160
5	Cotopaxi	6	0	0	1	4	2	1	5	40	12	1	0			66	247
6	Chimborazo	6	1	0	1	4		4	11	29	56	1	0	1		108	429
7	El Oro	9	1	0	1	7	1	4	27	32	34	2	0	1		110	474
8	Esmeraldas	9	0	0	1	6	3	4	13	64	22	1	0			114	291
9	Guayas	28	5	0	2	10	7	37	68	77	2	2	0	1	1	212	1400
10	Imbabura	4	0	0	1	3		1	13	36	9	1	0			64	271
11	Loja	13	0	0	1	7	2	4	20	48	50	1	0			133	363
12	Los Rios	6	0	0	1	5	1	0	39	28	9	4	0			87	283
13	Manabí	12	0	0	4	6	8	13	73	80	5	2	0			191	940
14	Morona Santiago	7	0	0	1	5	1	2	7	29	42	1	1			89	103
15	Napo	2	0	0	1	3		1	4	17	9	1	1			37	147
16	Pastaza	2	0	0	1	1		1	5	15	25	1	0			49	55
17	Pichincha	22	6	1	2	5	3	19	83	65	7	2	0		1	194	2300
18	Tungurahua	7	0	0	1	3		5	9	40	32	2	0			92	440
19	Zamora Chinchipe	3	0	0	1	2		0	7	9	33	1	1			54	87
20	Galápagos	2	0	0	1	1		0	1	2	4	0	0			9	30
21	Sucumbios	2	0	0	1	1		1	9	20	18	1	0	1		52	55
22	Orellana	3	0	0	1	1	2	0	1	34	9	1	2			51	53
23	Santa Elena	4	0	0	1	3		1	4	18	0	0	0			27	165
24	Tsachilas	2	0	0	1	0		2	10	14	0	1	0	1		29	141
<b>TOTAL</b>		<b>170</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>88</b>	<b>35</b>	<b>121</b>	<b>445</b>	<b>835</b>	<b>457</b>	<b>35</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2073</b>	<b>9182</b>

Fuente: Departamento de Control y Calidad MSP

Elaboración: David Palacios

Simbología	
HES:	Hospital de especialidades
HE:	Hospital especializado
HG:	Hospital general
HB:	Hospital básico
CS:	Centro de salud
CS 24:	Centro de salud 24 horas
SCU:	Subcentro de salud urbano
SCR:	Subcentro de salud rural
PS:	Puesto de salud
UM:	Unidad móvil
UF:	Unidad fluvial
UA:	Unidad aérea
UQ:	Unidad Quirúrgica
UO:	Unidad oncológica

Fuente: Departamento de Control y Calidad MSP

Elaboración: David Palacios

Los servicios de salud y la oferta que se presenta en la actualidad solo logran mantener una cobertura sobre el 30% de la población, lo que representa a 4'292,063 habitantes.

### c) Demanda insatisfecha

A partir de los pronunciamientos dados por los organismos internacionales como es la OMS (Organización Mundial de la Salud) es recomendable que todos los organismos de salud especializados tienen que contar con al menos 4 camas de atención por cada 1000 habitantes, pues las instituciones que forman parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador cuentan con una tasa 1.6 camas por cada 1000 habitantes como se lo detalla en el cuadro Nº 4 a continuación:

**Cuadro Nº 4: Número de camas por provincia**

Provincias del Ecuador	Población en miles (datos censo /INEC)	Nº de camas (sector salud)	Camas cada 1000 habitantes
Azuay	702893	390	1,39
Bolívar	182744	128	1,75
Cañar	223563	230	2,57
Carchi	165659	160	2,41
Cotopaxi	406798	247	1,52
Chimborazo	452352	429	2,37
El Oro	588546	474	2,01
Esmeraldas	520711	291	1,40
Guayas	3573003	1400	0,98
Imbabura	400359	271	1,69
Loja	446743	363	2,03
Los Ríos	765274	283	0,92
Manabí	1345779	940	1,75
Morona Santiago	147866	103	1,74
Napo	104047	147	3,53
Pastaza	84329	55	1,63
Pichincha	2570201	2300	2,24
Tungurahua	500755	440	2,2
Zamora Chinchipe	91219	87	2,38
Galápagos	22770	30	3,29
Sucumbíos	174522	55	0,79
Orellana	137848	53	0,69
Santo Domingo Tsachilas	365965	165	1,13
Santa Elena	301168	141	1,17
*Zonas no Delimitadas*	31762	-	-
<b>Total</b>	<b>14'306.876</b>	<b>9.182</b>	

Fuente: INEC (2010), *CENSO Poblacional*

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2010), *Análisis en la planificación de atención ciudadana*, Planificación

Elaboración: David Palacios

Al mantener un promedio de 1,6 camas por cada mil habitantes, se refleja una cobertura del 45.4% del total de la cobertura sobre las necesidades de atención por parte de la ciudadanía que es ocupante de los servicios hospitalarios en cada provincia.

En síntesis, si se refleja una demanda efectiva de 7'868.782 de habitantes, de los cuales solamente 4' 292.063 son atendidos por la parte oferente (Instituciones y organismos públicos de salud) y refleja de esta manera una demanda insatisfecha de 3'576.719 de habitantes que equivalen al 25% de la población nacional, mismos que no tendrían la asistencia de salud necesaria y óptima lo cual se pretende paliar con las nuevas planificaciones que el proyecto de reforma mantiene.

La demanda insatisfecha es el producto de un sistema de salud segmentado; ejemplo y evidencia de esto es que dentro de un sector específico hay la existencia de múltiples proveedores y financiadores, mientras que en otros sectores simplemente no los hay, lo que produce desarticulación e ineficiencias. Por otro lado la falta de cobertura de demanda se forja debido a que parte de la rectoría del sistema se encuentra en manos del Consejo Nacional de Salud - CONASA lo que hace que la capacidad de liderazgo del Ministerio sea limitada.

Así, la demanda insatisfecha responde a la existencia constante de barreras de cobertura, escasez de recursos y falta de personal técnico y administrativo capacitado; factores que degeneran y retrasan el desarrollo y la potencialidad del sistema.

### **Deficiencias del sector**

El sector tratado presenta deficiencias importantes que requieren ser removidas para impulsar un correcto funcionamiento, lo cual se contempla a través de la propuesta de reforma. El sistema al momento solo mantiene un enfoque con respecto a lo curativo, pues el modelo que rige actualmente, responde básicamente a una atención que se centra solamente en la enfermedad, patología o cuadros agudos que el usuario presente para demandar los servicios de atención hospitalaria, pues en la actualidad la evidencia epidemiológica expresa un aumento en la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas y transmisibles.

Entre las deficiencias, se refleja también un modelo de gestión que mantiene el centralismo, es decir que la manera en la que se enfoca el trabajo conserva una tendencia vertical sobre los programas y procesos con una gestión independiente que evade la articulación del sistema, lo que hace que se reduzcan responsabilidades entre las distintas dependencias y que las mismas se encuentren concentradas en un solo lugar.

A su vez, existe ausencia de información oportuna para la toma de decisiones, pues los múltiples sistemas de información existentes no están articulados entre sí, mismos que no exponen variables necesarias como fuente de consulta; sobre esto es necesario que se profundice en la adquisición y disposición de un sistema común que abarquen datos informáticos y que se articule entre las instituciones.

## Identificación de la población objetivo

Una vez que se encuentre implementada la reforma en todo el sector salud del país, los beneficios apuntarán a ser asimilados por toda la población ecuatoriana (población objetivo) como ya antes se lo mencionó.

Como parte prioritaria del proceso de implementación, se contemplará y dirigirá atención al 25% de la población que no cuentan con una asistencia sanitaria (equivalente a 3'576.719 habitantes) en esta medida, es necesario exponer el porcentaje de población atendida por edades según el último censo poblacional, respondiendo a las especificaciones que se exponen en el cuadro Nº 5 y a su vez el cuadro Nº 6 expone el porcentaje de atención en salud según la autodefinición racial por parte de los habitantes del país; factor a tomar en cuenta ya que sobre esta división es necesario trabajar con el objetivo de reducir los comportamientos de discriminación en atención sanitaria.

**Cuadro Nº 5: Atención sanitaria por edad poblacional**

Edades	Número de personas	Porcentaje
0 – 4	221.757	6,2%
5 – 9	375.555	10,5%
10 – 14	307.598	8,6%
15 – 19	350.518	9,8%
20 - 64	1.766.899,19	49,4%
65 y mas	554.391,45	15,5%
<b>Total</b>	<b>3'576.719</b>	<b>100%</b>

Fuente: INEC (2010), *CENSO Poblacional*

Elaboración: David Palacios

**Cuadro Nº 6: Atención sanitaria por auto definición racial**

Etnia	Número de personas	Porcentaje
Indígena	250.370	7%
Afroecuatoriano / a	150.222	4,2%
Negro/a	35.767	1%
Mulato/a	67.958	1,9%
Montubio/a	264.677	7,4%
Mestizo/a	2.571.661	71,9%
Blanco/a	218.180	6,1%
Otro/a	17.884	0,4%
<b>Total</b>	<b>3.576.719</b>	<b>100%</b>

Fuente: INEC (2010), *CENSO Poblacional*

Elaboración: David Palacios

Respecto a las competencias del Ministerio de Salud Pública, se destaca el control sanitario, la vigilancia epidemiológica, la prestación de servicios de salud públicos y prevención de enfermedades, así como también las facultades de rectoría, regulación, control y normalización del sistema nacional, teniendo como finalidad responder a los requerimientos de la población e incrementar el beneficio de la misma.

Adicional a esto, la Ley Orgánica de Trabajo y Servicios Públicos dictamina que todos los funcionarios (en este caso del sector público de salud) que pertenecen a la nómina del Ministerio, así como también los que forman parte de los niveles desconcentrados y establecimientos anexos de la salud que suman aproximadamente los 57.000 empleados, son los encargados de impulsar los procesos de gestión y atención, de eliminar las trabas burocráticas, incentivar al uso de bienes y servicios públicos e incrementar el fortalecimiento institucional en el marco de la reforma democrática.

En este sentido, es necesario mencionar también sobre los fundamentos y lineamientos de la política sanitaria que emplea el actual gobierno, así como también la base sobre la cual incursiona el proceso de implementación del proyecto de reforma y reestructura del sector salud como parte de una de las aplicaciones estatales enfocadas en el servicio óptimo a la ciudadanía; resaltando la gratuidad, interculturalidad y universalidad de la salud en todos sus niveles.

**Gratuidad**, a través de la eliminación de barreras económicas que se generen para restringir el acceso sistema de salud; brindando asistencia de calidad que sea ejecutada por un personal eficiente y altamente preparado.

**Interculturalidad**, generando el respeto a la diversidad racial que mantiene el país mediante la educación y aceptación que se imparta a la población sobre la distinción entre los pueblos y nacionalidades; aplicando una ampliación en la cobertura y el mejoramiento en cuanto a la calidad de la atención sanitaria.

**Universalidad**, con respecto al fortalecimiento de la salud pública en todos sus niveles de gestión, que brinda servicios óptimos, equitativos e inclusivos que permitan la continuidad del desarrollo del sistema sanitario, así como del país en general; con la finalidad de que cada uno de los habitantes tenga acceso y pueda gozar del derecho que por ley se otorga, sobre la prestación de servicios públicos.

Para garantizar que la salud pública del Ecuador se encuentra fundamentada y expresada en el **marco lógico**<sup>46</sup> del proyecto y del Plan Nacional del buen vivir, erradicando las desigualdades económicas, políticas, sociales y culturales; el gobierno ha declarado a la salud como un sector altamente afectado por los anteriores mandatos ejecutivos, por lo que ha procedido a generar proyectos de inversión donde el Estado intervenga de manera ágil y oportuna en las comunidades empleando el buen uso de los recursos fiscales. A raíz de esto, la inversión en el sector de la salud ha incrementado gradualmente en los últimos tiempos, registrando aumentos anuales del 0,8% de los recursos del PIB.

---

<sup>46</sup> Instrumento definido por SENPLADES para establecer los actividades debidamente justificadas (mediante una matriz de competencias) para la implementación de un proyecto que genera impacto social.

Lo que pretende el proyecto de Reforma y Reestructura es romper con todos los paradigmas creados para descalificar la gestión pública de este sector, beneficiando a las zonas que históricamente se encontraban abandonadas o descuidadas en cuanto a la prestación de servicios y generación de beneficios sanitarios. Este proyecto permite que gran parte de la población experimente una atención digna y revolucionaria que no hace más que impulsar el desarrollo nacional a través de servicios modernos, que generen inclusión, personal calificado, uso adecuado de los recursos, así como el manejo, creación e implementación de tecnologías e infraestructura.

## ***Alcance de la propuesta de Reforma***

El proyecto de reforma y reestructura que se encuentra aprobado para ser ejecutado a través de oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0059 (véase anexo “B”), obedece a cuatro componentes propuestos que sirven de lineamiento para la implementación de la reforma.

1. La implementación de una nueva estructura orgánica funcional del MSP y sus instituciones adscritas, en el cual se tendrá como meta la elaboración y aprobación de descripción, valoración y clasificación de los puestos existentes en el sector, así como también la definición y diseño de los procesos, atribuciones y responsabilidades, cumpliendo con una elaboración del 100% para mediados del 2012.
2. El fortalecimiento y planificación territorial del MSP en el marco del proyecto de reforma y reestructura institucional, donde se prevé que al menos el 75% de los distritos administrativos de salud se encuentren conformados y que puedan dar funcionamiento a la oferta de servicios y proveer de los servicios de salud necesarios hasta finales del año 2013.
3. La implementación del proyecto de reforma y reestructura del sector salud, contempla la creación de las 9 coordinaciones zonales y 139 direcciones distritales de salud pública, incluyendo su adecuación de infraestructura, así como también la dotación de equipamiento hasta finales del 2013. La continuidad y conformación de esta planificación territorial para el MSP, se encuentra aprobada mediante el oficio No SENPLADES-SGDE-2011-0106 (véase anexo “C”).
4. Desarrollo y conformación de sistemas de información para la implementación de la gestión del proyecto de reforma institucional, mismos que se encontrarán instalados y en funcionamiento dentro de las 9 coordinaciones zonales y 139 direcciones distritales, de igual forma hasta diciembre de 2013.

Estos cuatro componentes establecen la viabilidad del proyecto, mismos que se encuentran contemplados en el marco de reforma democrática del Estado como parte de una política gubernamental, por lo que ministerios como el de Relaciones Laborales y el de Finanzas, así como también la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo de Administración Pública, procederán a brindar del apoyo y sustento necesario para que se dé cumplimiento a la implementación en los tiempos establecidos.

La reforma institucional necesita de un modelamiento que surge de las bases conformadas del marco legal, político y operativo, pues los ejes que debe cumplir un sistema nacional de salud para su correcta función, es el contar con fundamentos esenciales para la creación de un modelo de financiación y ejecución del gasto, así como también un modelo de atención ciudadana y un esquema que impulse la gestión del sector.

La gestión desconcentrada es uno de los principios que debe ser asumido por el Ministerio de Salud en el nuevo marco de la reforma del Estado; para ello su propuesta mantiene la conformación de niveles de gestión que elimine la concentración y plantee altos mecanismos de coordinación. La nueva reforma lo que pretende es el evitar la duplicación de funciones, atribuciones, competencias y responsabilidades, eliminando paulatinamente el modelo de concentración de procesos que mantiene el sector en la actualidad. A su vez, dicha reforma ofrece una solución estructural a la problemática de centralización administrativa, misma que ha venido generando una falta de decisiones óptimas en torno a las necesidades del territorio.

El propósito es que al implementar dicha reestructura en el sector, se pueda garantizar la rectoría de la autoridad sanitaria sobre todo el sistema mediante el fortalecimiento de la articulación entre instituciones, por lo que se genera expectativas de altos avances y de sostenibilidad en el tiempo, pues se mantiene que a inicios del año 2014 dicha reforma se encuentre implementada al 100%, contando con el funcionamiento de las coordinaciones zonales y direcciones distritales, así como también se esperará contar con la aprobación de una nueva estructura orgánica funcional para el Ministerio de Salud - Planta Central como de sus entidades adscritas. Dichas instituciones mantendrán y manejarán un presupuesto justo que les será asignado después de un dictamen favorable emitido por el Ministerio de Finanzas del Ecuador, de tal manera que cada instancia será la responsable para ejecutar sus procesos con el recurso obtenido y justificando el uso del mismo.

Adicionalmente, es importante mencionar que el Ministerio de Salud Pública ha venido trabajando conjuntamente con los Ministerios de Educación e Inclusión Económica y Social, en coordinación con SENPLADES desde el primer tercio del año 2011 con respecto a la definición de la conformación de los **distritos administrativos** a nivel nacional; mismos que coinciden en un 70% con la actual delimitación de las áreas de salud registradas, resultando necesario exista el fortalecimiento de los niveles desconcentrados.

La propuesta de reforma para el Ministerio se la establece de la siguiente manera:

- En el nivel central se ejerce la rectoría sobre el sistema nacional de salud, formulando una política pública de salud, regulación, planificación y control. La autoridad sanitaria, ejerce liderazgo a nivel nacional sobre la red pública y mantiene la visión y conducción estratégica de la gestión de los servicios que se brindan de forma individual o colectiva.
- En el nivel zonal se implementa una política pública que se articula con la agenda de desarrollo regional, para generar una fuerte coordinación dentro del sistema y sus actores de la red de servicios.

- El nivel distrital que actúa en el nivel desconcentrado provee los servicios y se articula con el plan para el desarrollo local. Este se lo considera como el nivel directo de prestación de servicios para toda la ciudadanía. El distrito administrativo que se encuentra en este nivel, es el órgano técnico administrativo desconcentrado que coincide con el área geográfica del cantón o unión de cantones, que articula las políticas de desarrollo del territorio.

En el artículo 264 de la Constitución de la República, se prevé apoyar la ejecución de programas de promoción y prevención de la salud; planificar, construir y mantener la infraestructura física y el equipamiento de salud de acuerdo con la ley, aplicando estándares de vigilancia en ámbitos definidos por la autoridad sanitaria.

Además como uno de los ejes transversales a la reforma se plantea contar con mecanismos permanentes de participación ciudadana en la planificación, seguimiento, evaluación y gestión de los servicios públicos de salud, para los niveles nacional, regional y local.

Conforme al análisis empleado para desarrollar la presente investigación, se han tratado temas que contemplan los aspectos legales, los lineamientos políticos que rigen en el sector como parte de la implementación, la situación actual por la que se encuentra atravesando el sistema sanitario y la manera en que la población debe ser atendida, priorizado la atención sobre aquellos habitantes que no han gozado de los servicios. Dando continuidad a este análisis, en el capítulo Nº 4 que a continuación se lo expone, se estudia el impacto que genera esta reforma en la población ecuatoriana y la manera en la cual se irá implementando a nivel nacional, estudiando sobre las ventajas, los amplios beneficios y sus importancias como parte de un modelo de gestión que impulse el desarrollo del sector, determinando al mismo tiempo sus efectos económicos y sociales.



## ***Capítulo IV***

### ***Aplicación de una reforma institucional***

En el capítulo cuarto que a continuación se expone como parte final de la investigación, se tratan aspectos fundamentales que servirán como indicadores, soporte, base y justificativo para que se lleve a cabo la ejecución de la reforma y reestructura del sector salud que será implementado a nivel nacional.

Para determinar los efectos sociales, económicos y culturales que genere la reforma institucional, es indispensable emplear un estudio general del sistema, estableciendo observaciones que demuestren resultados a nivel particular para que luego los mismos puedan ser empleados en aspectos generales.

Como primer aspecto se procede a analizar las estrategias con las que se cuenta para dar inicio a una implementación de tal magnitud dentro del territorio nacional, logrando hacer énfasis en los efectos e impactos que esta produce; efectos que se verán condicionados y serán medidos en base a las ventajas que genere sobre la población demandante de los bienes, de los servicios y de la atención en general.

Posteriormente se describirá la composición y la distribución de los recursos fiscales que se requieren para la planificación que se mantendrá durante el desenvolvimiento y posterior ejecución del proyecto; pues es necesario señalar que una reestructura de estas características contempla el diseño o rediseño de procesos administrativos a nivel macro, generando conformidades o cuestionamientos del usuario dependiendo las condiciones y la manera con la que se desempeñen las instituciones en sus labores, las cuales estarán enfocados en reforzar la gestión y la atención.

En el mismo contexto se describirá las razones sobre la necesidad de contar con una adecuación y construcción de infraestructura de las entidades sanitarias, como también se tratará sobre la importancia de dotarlas de equipamiento; argumentando al mismo tiempo la necesidad de establecer una planificación territorial óptima al momento de requerir nuevas instituciones.

Finalmente, una vez planteado el estudio sobre los parámetros a los cuales el proyecto obedece para concretar su ejecución, se procederá a considerar y describir el resultado que dicho proyecto genera a partir de los objetivos establecidos, mismos que tendrán que empatar con el resultado esperado por parte de todos los ecuatorianos, quienes serán los que experimenten el cambio del servicio que actualmente está utilizado. Por lo tanto, la disertación al final de este capítulo, expondrá los beneficios que se obtendrán en el largo plazo una vez que se haya procedido con la modificación del Ministerio de Salud Pública y el sector que del cual forma parte.

### ***Estrategias de implementación***

Antes de establecer las estrategias que presenta el proyecto es importante mencionar que en años pasados, el sector de salud ha mantenido una débil perspectiva gubernamental sobre la dirección del

sistema, donde, a su vez y en la actualidad, tampoco existen instancias para respaldar el rol de la autoridad sanitaria. Ante esta situación se trata de que la gestión del Ministerio de Salud se rija a través de su misión, rol y visión, donde se proponga soluciones estructurales para el adecuado ejercicio de rectoría. Lo que se obtendrá una vez implementada la reforma es un ejercicio con mayor equilibrio en las responsabilidades, la alineación de los actores que conforman el sector y la especialización en cuanto a los padrones de oferta sobre los servicios que se prestan a la población.

Con este antecedente, se establece como primera estrategia el poder impulsar la rectoría del sector a través de la formación y fortalecimiento de parámetros que permitan direccionar las atribuciones correspondientes a cada proceso de la gestión del sistema. Incrementar a su vez factores de armonía entre el sector público y privado enfocado en la aplicación de sistemas desconcentrados.

La ilustración Nº 14, nos expone un esquema que mantiene el sistema de salud y la manera en la que va esquematizando sus acciones, es decir, la autoridad sanitaria siendo en este caso el Ministerio de Salud, dirige sus acciones a los conductores de la red (coordinaciones zonales y direcciones distritales) que son el filtro para la generación de servicios y posteriormente los proveedores de servicios que son los hospitales, centros y sub centros de salud los cuales suministran de los servicios a la población que los demande. Bajo el enfoque del sistema y entre las facultades que el mismo mantiene, se pretende lograr un sostenimiento sobre el vínculo del sistema contemplado como un todo; es decir que el sistema de salud pública debe trabajar conjuntamente con las labores y procesos que se generan en instituciones de salud privadas, así como también las mixtas (caso SOLCA).

**Ilustración Nº 14: Esquema del sistema nacional de salud**



Elaboración: David Palacios

Otra de las estrategias a ser tomada en cuenta es que a través de la articulación del sistema nacional, se puede alcanzar a establecer facultades más arraigadas de la rectoría sobre las instituciones de salud, independientemente de su característica dominante (privada, mixta o pública) llegando a generar bajo este esquema sistemas unificados y estandarizados a nivel nacional el cual pueda proporcionar datos estadísticos certeros. Esta articulación permite también crear fortalezas en cuanto a políticas que determinen la racionalización, redistribución y utilización de recursos que ayudan al desempeño y adecuado funcionamiento.

El generar normativas, estándares, procedimientos y criterios de verificación es parte de una estrategia que establece procesos de alta eficiencia, pues el desarrollo de los mecanismos y normativas permitirán ejercer una coordinación de las redes de salud.

De conformidad al ejercicio que realiza el Ministerio, es necesario promover un cambio estructural en su funcionamiento, el cual garantiza y asegura servicios universales de alta calidad. Dicho cambio tiene que tener como ejes fundamentales la eficiencia en cuanto a la calidad del gasto (financiamiento que tendrá que regirse a lo programado presupuestariamente), la generación de mecanismos para la toma de decisiones que se basan en los resultados de los sistemas de información que se posean, la constante medición del desempeño de las instituciones como del personal que lo soporta y también el emplear actividades que se dediquen a contemplar la rendición de cuentas sobre lo trabajado.

Entre otras estrategias para una adecuada implementación de reforma del sector están:

- Optimizar y ejecutar el proceso de traspaso técnico y administrativo progresivo de las actividades operativas del nivel central hacia niveles locales desconcentrados.
- Fortalecer la red pública de servicios de salud en función de un modelo de atención ciudadana que se enmarque en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud con base en la atención primaria, familiar, comunitaria e intercultural.
- Impulsar la capacitación y formación multidisciplinaria del personal vinculado al sector salud en función de las necesidades que la población requiera.
- Redistribuir al personal de salud, según necesidades y ubicación geográfica; diseñando e implementando un sistema de incentivos que promueva la equidad, la evaluación del desempeño y el cumplimiento de metas.

Parte fundamental de las estrategias consideradas es el otorgar funciones y atribuciones específicas al Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación “Leopoldo Izquieta Pérez” – INSPI, debido a que este es el ente encargado de la vigilancia de la salud pública a través de la certificación y el fiel cumplimiento de las normas básicas sanitarias tanto en los establecimientos que brindan servicios de laboratorio a nivel nacional como sobre los productos que se reparten para el consumo humano. Para ello existe a su vez, un pilar de apoyo en el cual el INSPI se encuentra conformado sobre la recuperación del conjunto de

capacidades para ser el coordinador y ejecutor del desarrollo de la investigación y la tecnología en la salud pública del país. La vigilancia sanitaria tiene como atribución, recoger e implementar las prácticas de salud pública para controlar y evitar la generación y propagación de epidemias, conocer el perfil de salud de las sociedades y establecer los determinantes sociales de ese perfil; todo esto contemplado en función de programas de salud colectiva.

Por lo tanto, el control sanitario previsto sobre los bienes y productos deberán atravesar un proceso de control del cual se obtenga como resultado final sus respectivos registros sanitarios habilitando así dichos productos para su comercialización en el mercado. La sede central del instituto en mención (INSPI) se encuentra en la ciudad de Guayaquil y dos sedes regionales en Quito y en Cuenca, por lo que se pretende ubicar laboratorios de referencia y anexas a este en 7 sedes zonales y aproximadamente 14 laboratorios más en los diferentes distritos, dando un total de 24 laboratorios a nivel nacional que proporcionarán soporte a la investigación y que serán parte del control sanitario de otros laboratorios que sean parte de redes privadas o mixtas a nivel nacional.

Una de las pretensiones del modelo de reforma es acercar los servicios de salud a todo el territorio nacional, alcanzar una equidad y equilibrio territorial, como se ha venido haciendo énfasis a lo largo de la investigación; siempre que dicho modelo garantice un cumplimiento de los procesos que dicho modelo mantiene, impulsando el desarrollo del sector sanitario para que así la población; ya sea de forma colectiva o individual, acceda hacia los servicios que garanticen buenos estilos de vida y salud.

Dicha reforma institucional se establece en función de las necesidades poblacionales que incentivan al gobierno a proceder con la creación de mecanismos diferentes que coordinen una gestión desarrollada dentro del sector; pues el Ministerio de Salud ha realizado esfuerzos y ha tramitado procesos que clarifiquen y justifiquen esta nueva reforma que adaptará mecanismos en la medida que se pueda alcanzar el mandato constitucional sobre la universalización de los servicios públicos.

## ***Vialidad económica y sostenibilidad***

El gobierno nacional ha incrementado la inversión en lo que respecta al sector social del Ecuador incluyendo indiscutiblemente al sector de salud, logrando así que el presupuesto invertido tienda a duplicarse para el año 2008 con respecto al 2007 y que genera incrementos adicionales de recurso para el 2009, 2010, 2011 y 2012 progresivamente. Estos incrementos son el resultado de lo indicado en la normativa que se plantea en Constitución de la República del 2008, ya que dicho documento indica que debe existir un incremento paulatino del 0.5% del PIB por año en el sector de la salud, logrando de esta manera obtener al menos un 4% del producto interno bruto anualmente; por lo tanto se logrará evitar la discrecionalidad en la asignación de los recursos.

El cambio del perfil epidemiológico en la población y el incremento de las expectativas conforme a la esperanza de vida de cada persona, son factores que pueden incidir en gran medida respecto al financiamiento económico del sector; por ello es que para poder determinar los beneficios que se

lograrían obtener a través de la prestación de los servicios sanitarios, se debe empezar señalando el presupuesto fiscal que se asigna por año conforme al porcentaje poblacional y el costo estimado con el que se incide para cubrir las necesidades por cada habitante; tal como lo indica el cuadro N° 7. Adicionalmente es importante mencionar nuevamente que el 30% de los ecuatorianos es la porción de población que se atiende por la oferta de servicios que brinda el sector sanitario para que los mismos puedan acceder a los servicios.

**Cuadro N° 7: Presupuesto invertido en salud respecto al porcentaje poblacional**

<u>Años</u>	<u>USD</u>	<u>% PIB</u>	<u>Población</u>	<u>Costo salud por habitante USD</u>	<u>30% de la población</u>	<u>Costo de población efectivamente atendida USD</u>
2001	152,000,000.00	2.30	12'479.924	12.18	37.439,77	40.60
2002	311,000,000.00	5.30	12'660.728	24.56	37.982,18	81.88
2003	373,000,000.00	5.80	12'842.578	29.04	38.527,73	96.81
2004	387,000,000.00	5.20	13'026.891	29.71	39.080,67	99.03
2005	438,000,000.00	5.30	13'215.089	33.14	39.645,27	110.48
2006	561,000,000.00	4.55	13'408.271	41.84	40.224,81	139.47
2007	615,000,000.00	4.29	13'605.484	45.20	40.816,45	150.67
2008	737,000,000.00	7.04	13'805.095	53.39	41.415,28	177.95
2009	974,000,000.00	5.08	14'005.448	69.54	42.016,34	231.81
2010	1,244,000,000.00	5.85	14'306.876	86.95	42.920,63	289.84
2011	1,499,000,000.00	6.04	15'007.343	94.00	49717.89	339.25

Fuente: Ministerio de Salud (2011), **Asignación de presupuesto**. Departamento de Estadística y Presupuesto MSP  
Elaboración: David Palacios

Es evidente que existe gestión y voluntad política para generar e incrementar la inversión en el sector, pues para el caso del proyecto del cual se hace mención se puede plantear un análisis partiendo del supuesto que si al obtener un incremento del 1% en cuanto a la cobertura de la salud, mejoran los procesos y en consecuencia hay una mejora considerable de la calidad del gasto, es por ello que tiende a incrementar aún más la proporción de la cobertura del sector conforme pasan los años.

La población total del país según los datos presentados por el INEC y en referencia al censo poblacional 2010 es de 14'306.876 de habitantes, es decir que si al atender al 30% de la población y reflejar el incremento del 1% como antes ya se lo mencionó, se evidencia que el Ministerio de Salud puede atender a 42.920 personas adicionales dentro del territorio nacional.

Según los datos expuestos, si es que el costo de atención poblacional efectivamente atendida para el año 2010 es de \$289.84 por habitante, se obtendría un beneficio neto que en consecuencia estaría reflejando un gasto más eficiente y mayor alineado de conformidad a las necesidades que se espera cubrir con el proyecto, evidenciando una situación similar para el año 2011, donde es importante aclarar que el gobierno lo que pretende es elevar la cantidad de recursos tomados del PIB y direccionarlos a servicios que cubren las necesidad de primer orden de la población. En consecuencia la implementación de la reforma se llevará a cabo alrededor de todas las instituciones que forman parte de la institucionalidad del sector, planteando las siguientes etapas de ejecución (véase cuadro N° 8).

**Cuadro N° 8: Etapas de ejecución**

<u>ETAPA</u>	<u>COBERTURA</u>
Primera etapa	Planta central MSP
Segunda etapa	3 zonas
Tercera etapa	3 zonas
Cuarta etapa	3 zonas

Fuente: Planificación (2011), *Ejecución de la Reforma Institucional*.

Elaboración: David Palacios

Para que se dé cumplimiento a la cobertura de la reforma institucional de conformidad a las diferentes etapas, se asignará el siguiente presupuesto fiscal para su ejecución que tendrá plazo de dos años como lo indica el cuadro N° 9:

**Cuadro N° 9: Presupuesto por año de ejecución**

<u>Año</u>	<u>Presupuesto USD</u>
2012	12,731,900.00
2013	9,424,900.00
<b>TOTAL</b>	<b>22,156,800.00</b>

Fuente: Planificación (2011), *Ejecución de la Reforma Institucional*.

Elaboración: David Palacios

La claridad sobre la viabilidad económica del presupuesto es algo indispensable a tomar en cuenta para proceder con la implementación de un proyecto, ya que de esto también dependerá su sostenibilidad al momento de ser ejecutado. En este sentido, se procederá a exponer a continuación el cuadro N° 10 la explicación de los componentes con los que cuenta el proyecto de reforma y reestructura, determinando el monto ideal que debería ser asignado para que se pueda dar cumplimiento a cada uno de estos.

Dicho cuadro, indica como justificación del gasto sobre el presupuesto del proyecto, las actividades que deben cumplir cada uno de los cuatro componentes tomados en cuenta para su implementación.

**Cuadro Nº 10: Presupuesto por año de ejecución**

Componente	Actividad	Presupuesto USD
1.Implementación del nuevo orgánico funcional del Ministerio de Salud Pública	*Contratos de personal técnico que conforma el proyecto *Compra de equipos e insumos para el personal técnico *Movilización a las diferentes provincias del país *Consultorías *Socialización	2,685,800.00
2.Fortalecimiento de la planificación territorial del MSP en el marco del nuevo modelamiento territorial nacional	*Contratos de personal especializado en georeferenciación *Compra de equipos e insumos para el personal técnico *Compra de software de georeferenciación *Movilización a las diferentes provincias del país	277,000.00
3.Conformación de las coordinaciones zonales y direcciones distritales de salud pública incluyendo adecuaciones de infraestructura y dotación de equipamiento	*Contratos de personal que gestione la conformación de coordinaciones zonales y direcciones distritales *Compra de equipos e insumos para el personal técnico *Consultoría para revisión de características y estado de infraestructura y equipamiento de las áreas de salud consideradas para el funcionamiento de las coordinaciones y direcciones *Consultoría para el diseño arquitectónico de las coordinaciones y direcciones *Contratación de constructora para el levantamiento de coordinaciones y direcciones *Compra de insumos de trabajo para coordinaciones y direcciones	17,438,000.00
4. Sistemas de información requeridos para la implementación de la nueva reforma institucional, mismos que tendrán que ser desarrollados, instalados y puestos en funcionamiento.	*Contratos de personal especializado en sistemas *Compra de equipos e insumos para el personal técnico *Consultoría especializada en el desarrollo de sistemas caracterizados en administración *Compra de licencias informáticas *Consultoría de automatización de procesos BPM *Movilización a las diferentes provincias del país	1,756,000.00
<b>Total requerimiento de presupuesto</b>		<b>22,156,800.00</b>

Fuente: Planificación (2011), *Indicadores GPR*

Elaboración: David Palacios

Plantear y justificar la sostenibilidad de proyecto que se investiga, tiene una posición política y pragmática la cual es consolidada por el actual gobierno, ya que lo que busca el primer mandatario en coordinación con el encargado de dirigir el ministerio del sector salud, es lograr una reforma sectorial enfocándose en el desarrollo del sistema, impulsando el mejoramiento de las formas de vida que mantienen todos los ecuatorianos. Sin embargo, y pese a que a lo largo del tiempo se vea reflejada una demanda social que presiona para que se mejore la prestación de servicios de salud, la reforma no solamente surge por el impulso de generar mejoras para un solo sector de la población, sino para causar impacto incluso en quienes tienen tendencias de preferencias sobre los servicios privados, es decir busca impactos positivos en toda la **población objetivo**, sin incurrir en la discriminación social.

Aunque existe gran parte de la población ecuatoriana que se encuentra opuesta al cambio; para la realización e implementación del proyecto se mantiene una expectativa de alta aceptación, pues se intentará canalizar una aprobación y sensibilización de la gente por medio de capacitaciones y presentaciones que expongan y justifiquen lo que el proyecto pretende realizar. En este sentido la reforma institucional se encuentra orientada al cambio social y al incremento del beneficio colectivo así como también del individual. Para que la implementación de dicha reforma tenga efectos positivos y por ende para que se genere un uso adecuado del recurso fiscal asignado, es necesario que exista una planificación del gasto mensual para los años 2012 y 2013, mismo que a su vez cuenta con la especificación de cada componente que abarcan en totalidad los \$22'156.800.00 (véase cuadro Nº 11 y cuadro Nº 12).

**Cuadro Nº 11: Gasto mensual por componentes 2012**

Componentes 2012	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
1.Implementación del nuevo orgánico funcional del Ministerio de Salud Pública	\$92,173	\$33,773	\$1,734,523	\$32,723	\$32,723	\$31,723	\$31,723	\$31,723	\$31,723	\$31,723	\$30,323	\$3,050	\$2,117,903
2.Fortalecimiento de la planificación territorial del MSP en el marco del nuevo modelamiento territorial nacional	\$1,500	\$16,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$12,409	\$141,999
3. Conformación de las coordinaciones zonales y direcciones distritales de salud pública incluyendo adecuaciones de infraestructura y dotación de equipamiento	\$0.00	\$240,000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$6,750,000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2,046,000	\$254,000	\$4,000	\$9,294,000
4. Sistemas de información requeridos para la implementación de la nueva reforma institucional mismos que tendrán que ser desarrollados, instalados y puestos en funcionamiento	\$67,000	\$1,000	\$301,000	\$301,000	\$1,000	\$1,000	\$501,000	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$1,178,000
<b>TOTAL 2012</b>	<b>\$12,731,900.00</b>												

Fuente: Financiero (2011), *Indicadores presupuestarios*

Elaboración: David Palacios



**Cuadro N° 12: Gasto mensual por componentes 2013**

Componente 2013	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
1.Implementación del nuevo orgánico funcional del Ministerio de Salud Pública	\$24.703,65	\$9.029,61	\$465.110,10	\$8.802,45	\$8.802,45	\$8.802,45	\$8.802,45	\$8.802,45	\$8.802,45	\$8.802,45	\$6.644,43	\$795,06	\$567.900,00
2.Fortalecimiento de la planificación territorial del MSP en el marco del nuevo modelamiento territorial nacional	\$1.431,00	\$15.606,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.799,00	\$11.772,00	\$135.000,00
3. Conformación de las Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales de Salud Pública incluyendo adecuaciones de infraestructura y dotación de equipamiento	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$678.666,67	\$8.144.000,00
4. Sistemas de información requeridos para la implementación de la nueva reforma institucional mismos que tendrán que ser desarrollados, instalados y puestos en funcionamiento	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$48.166,67	\$578.000,00
<b>TOTAL 2013</b>	<b>\$9.424.900,00</b>												

Fuente: Financiero (2011), *Indicadores presupuestarios*

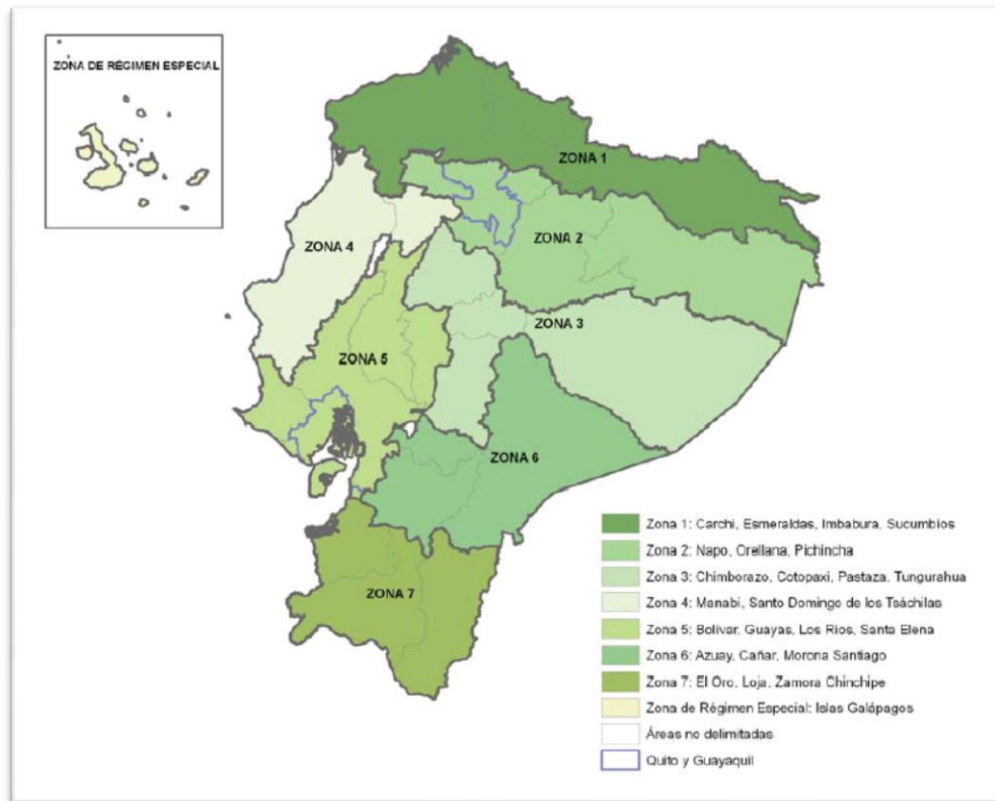
Elaboración: David Palacios

## ***Planificación territorial y estructura organizacional***

Con el propósito de poder llegar a garantizar los derechos de la población, integrar los servicios cumpliendo con criterios de universalización, solidaridad y equidad; promover las actividades y desarrollos de productividad, controlar y moderar el crecimiento en base a las capacidades ambientales del entorno y fomentar el manejo de los desechos y elementos contaminantes; así como también la generación de la investigación, ciencia y tecnología en función de las necesidades específicas de cada uno de los territorios requirentes según lo expuesto por el Plan Nacional del Buen Vivir, el proyecto de reforma y reestructura contempla como parte de su acción, la desconcentración de la gestión institucional a través de un proceso de transformación basado en la prestación de los servicios públicos que mantengan mayor cercanía a la ciudadanía como parte de satisfacer la demanda de la población objetivo. Por lo tanto y para que pueda llegarse a cumplir esto de forma eficiente, el proyecto entre sus prioridades de acción, plantea la planificación territorial que permita una desconcentración equitativa y con cobertura a nivel nacional, estipulando la conformación de 139 distritos administrativos y 9 zonas de planificación, donde funcionarán las Coordinaciones Zonales; por lo que es importante que se

exponga de la conformación territorial en mención, tal y como lo indica la ilustración Nº 15, pues dichas zonas establecidas en el mapa del país se encuentran aprobados y establecidos según el Decreto Nº 357 de la **“Conformación de zonas administrativas y descripción de distritos”** (véase anexo D)

**Ilustración Nº 15: Planificación territorial**



Fuente: Subsecretaría Nacional de Desarrollo y Planificación (2011), **Planificación territorial**

Una de las estrategias territoriales que mantiene el proyecto, es la de agrupar una serie de lineamientos y criterios que tengan la capacidad de articular las políticas públicas a las condiciones y a las características propias del territorio, las cuales constituyen referentes importantes para la formulación e implementación de las políticas sectoriales y territoriales en concordancia con los objetivos y metas que se han definido en los planes nacionales. Adicionalmente la estrategia territorial es un instrumento de coordinación entre los niveles de gobierno que deben ser complementados con los diferentes procesos de planificación que se especificarán en cada uno de los territorios.

Es importante mencionar que los distritos se conforman en base a la agrupación de cantones según su superficie y el fácil acceso entre los mismos, considerando que cada distrito puede integrarse entre grupos de uno hasta 25 cantones. A su vez, cada distrito tiene que coincidir con la delimitación actual de las áreas de salud, mismas que deberán cumplir con un estándar de servicio enfocado en el desarrollo del sector social del país. Uno de los ejemplos organizacionales conforme a la delimitación territorial es la que maneja la Policía Nacional del Ecuador, facilitando de esta manera la articulación intersectorial e incrementada una gestión eficiente entre instituciones.

Respecto al modelamiento que sostiene la reforma institucional tanto la planta central como de todo el sector que lo conforma, se considera el fortalecimiento de la rectoría implantada en el sistema donde se genere organización y también racionalización sobre la distribución de las funciones institucionales de todos los establecimientos sanitarios, así como también reforzar su estructura orgánica. En este sentido las 9 coordinaciones zonales a conformarse se encontrarán operando dentro de las zonas administrativas de planificación, pues dichas instituciones serán las que trabajen en temas prioritarios del territorio al que pertenezca, realizando control de cumplimiento sobre todas las políticas y las normativas existentes para el sector.

Adicionalmente, en el sector sobre el cual se está estableciendo el análisis presente, se tiene que trabajar e impulsar el mejoramiento sobre la atención individual ciudadana, por lo cual la conformación de las direcciones distritales serán creadas para solventar este requerimiento poblacional, las cuales contarán con sus respectivos permisos de funcionamientos, registro de títulos y la debida autenticación de certificados médicos que avalen su trabajo, de esta manera se permitirá que el fortalecimiento de la planificación y la desconcentración de los procesos será el óptima y el más eficiente. Es necesario mencionar sobre las facultades que cada uno de los niveles desconcentrados posee, como el caso de la Planta Central – MSP, las Coordinaciones Zonales, las Direcciones Distritales y sus hospitales; por lo que mediante el cuadro Nº 13 detalla cada uno de estos aspectos:

**Cuadro Nº 13: Facultades de los niveles desconcentrados**

Nivel	Facultad
<b>Planta central</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rectoría</li> <li>• Regulación</li> <li>• Planificación</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Control</li> </ul>
<b>9 coordinaciones zonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Control</li> </ul>
<b>139 Direcciones Distritales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Control</li> <li>• Gestión</li> </ul>
<b>Hospitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación y gestión de infraestructura de forma concurrente con el MSP</li> </ul>

Fuente: Planificación (2011)  
Elaboración: David Palacios

Una vez mencionadas las facultades de los diferentes niveles desconcentrados a ser implementados de conformidad a la reforma institucional, es importante también considerar el ámbito de las competencias

institucionales relacionado con los niveles de gestión que serán empleadas para la eficacia en la operatividad de las diferentes instancias. (Véase cuadro N°. 14)

**Cuadro N° 14: Competencias de los niveles desconcentrados**

Nivel de gestión	Competencias
<b>Nivel nacional Planta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Políticas, normativas, lineamientos y estrategias de atención y gestión hospitalaria, así como docencia e investigación</li> <li>● Lineamientos para convenios de gestión</li> <li>● Tarifario del sistema nacional de salud</li> <li>● Monitoreo de la implementación del nuevo modelo de gestión</li> <li>● Definición de roles y responsabilidades de los actores del sistema en el ámbito hospitalario</li> </ul>
<b>Nivel zonal Coordinaciones Zonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinación, apoyo y control de la gestión de hospitales de la zona</li> <li>● Negociación y suscripción de convenios de gestión con hospitales</li> <li>● Administración las redes de servicios de salud de la zona</li> </ul>
<b>Nivel distrital Direcciones Distritales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aseguramiento el funcionamiento de la referencia y contra referencia (modelo de atención) en el distrito</li> </ul>
<b>Hospitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Provisión de los servicios en base al modelo gestión hospitalario</li> </ul>

Fuente: Planificación (2011)

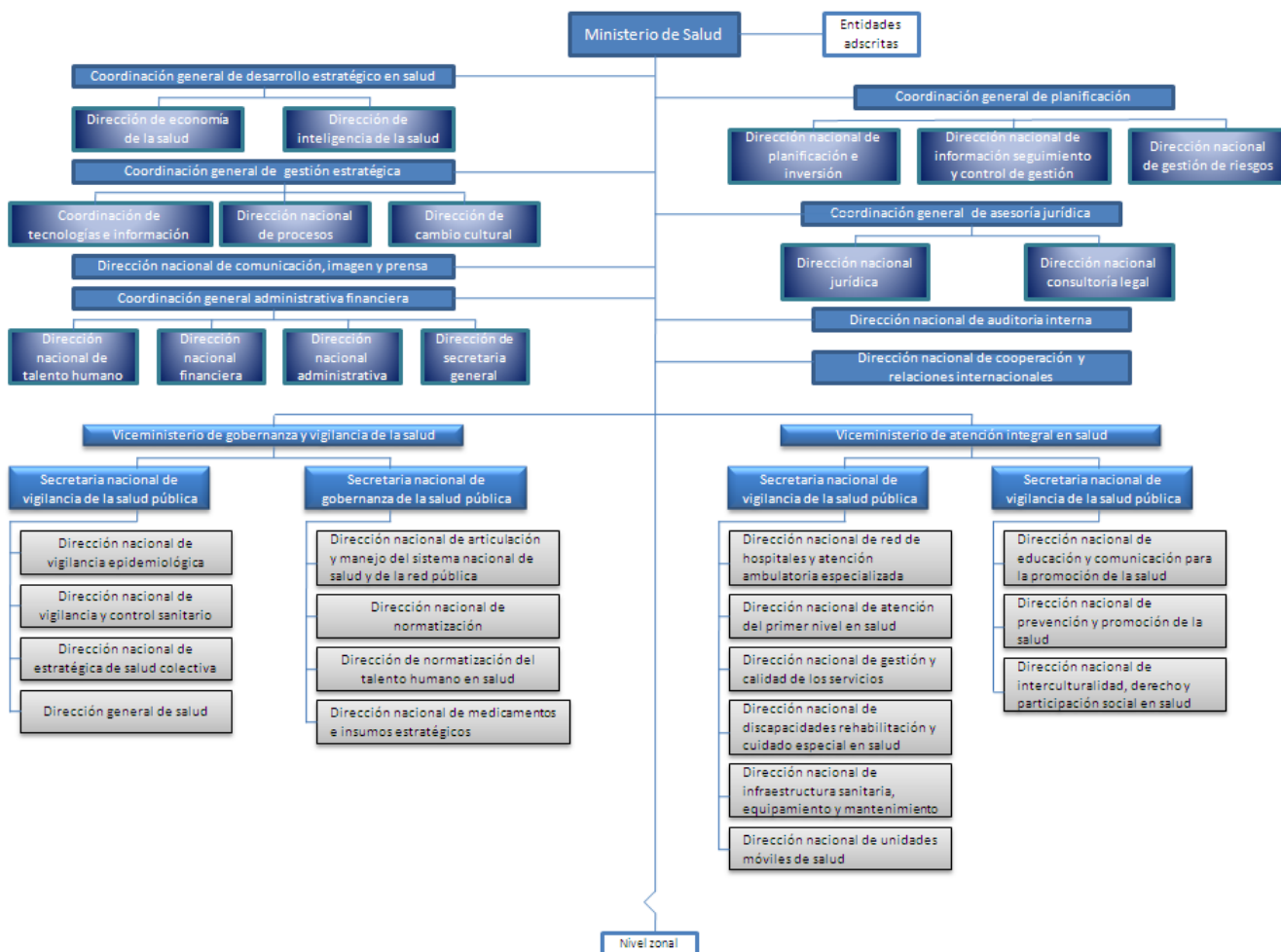
Elaboración: David Palacios

Referente a la estructura organizacional que el Ministerio de Salud mantiene, se debe mencionar que no se cuenta con asignación oficial de productos así como tampoco de los servicios por cada una de las dependencias, tal como se lo menciona en el capítulo III en la descripción del sector, pues solamente la Dirección General de la Salud, mantiene la responsabilidad sobre todos los procesos de acción. Bajo esta premisa, se debe considerar que el Consejo Nacional de Salud (CONASA) promovido por la organización del sistema nacional de salud, cumple con funciones rectoras, cuando la Constitución de la República determina que el cumplimiento de este rol es de exclusiva gestión del Ministerio de Salud Pública como la autoridad sanitaria máxima. Al mismo tiempo y como asunto paralelo al desenvolvimiento del sistema, la Subsecretaría General de la Salud tiende más a mantener un enfoque sobre los procesos de apoyo que sobre los procesos de gestión y atención.

Por lo tanto, en el planteamiento sobre la reforma institucional existe una propuesta bastante fuerte con respecto al cambio organizacional que mantiene la estructura actual del ministerio, misma que cumplirá

con características de ser una entidad autónoma que ejerza el cumplimiento de su rectoría en base a las normativas y lineamientos políticos que cada una de las instancias debe cumplir. Por lo tanto las ilustraciones Nº 16, Nº 17 y Nº 18 exponen sobre las propuestas de organización que deben regir en Planta Central, Coordinaciones Zonales, Direcciones Provinciales y Direcciones Distritales una vez que la reforma del sector empieza a mantener su funcionamiento.

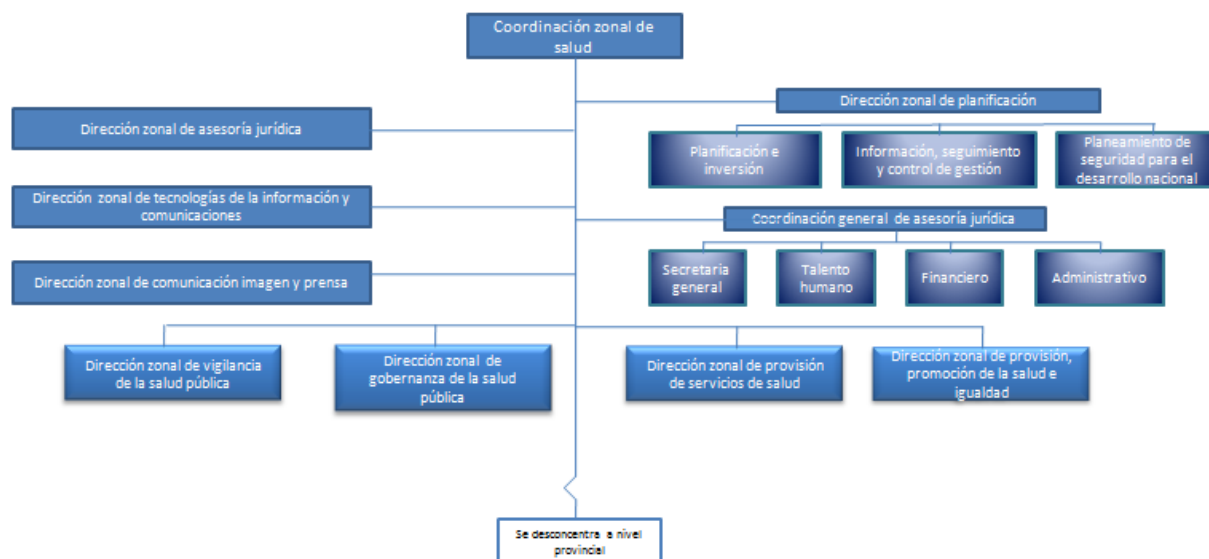
**Ilustración Nº 16: Propuesta organizacional Planta Central – MSP**



Fuente: Recursos Humanos (2011)

Elaboración: David Palacios y Lenin Aldáz (Bizagi)

**Ilustración N° 17: Propuesta organizacional coordinación zonal**



Fuente: Recursos Humanos (2011)

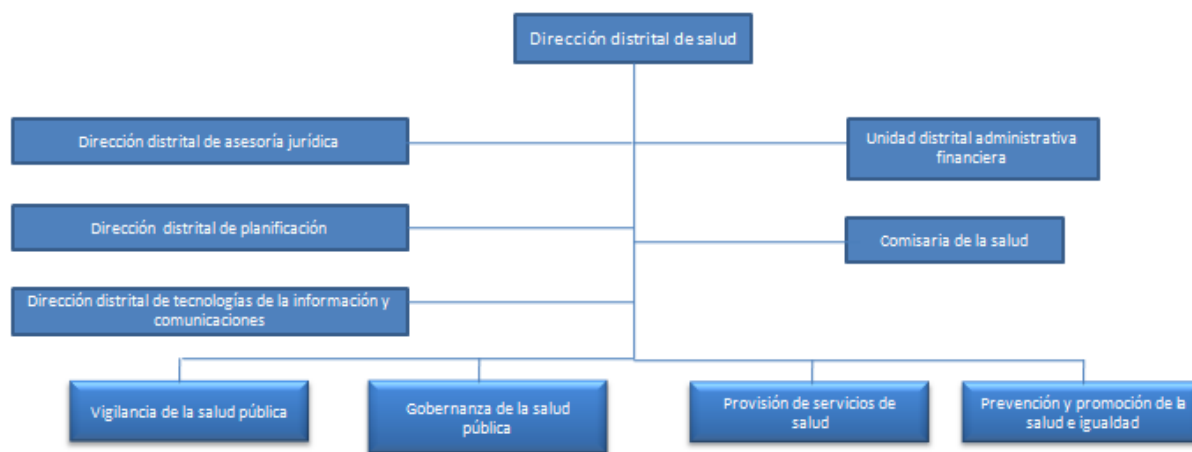
Elaboración: David Palacios y Lenin Aldáz (Bizagi)

Se pretende a nivel zonal es que se pueda mantener una dirección estratégica institucional y que a su vez exista un manejo organizacional en los campos económicos como también los siguientes niveles desconcentrados, tomado el papel de supervisor. Al mismo tiempo se deberá plasmar el liderazgo, cuidando el cumplimiento de las normas y las políticas financieras, contables y administrativas, del capital humano y de la adquisición de los bienes y servicios que sean necesarios. En base a estas atribuciones, una Coordinación Zonal deberá ser quien administre el funcionamiento adecuado de toda la infraestructura hospitalaria a su cargo y gestionar el manejo de conflictos así como de soluciones también.

De igual manera es necesario mantener un perfil que sustente la creación organizacional de una Dirección Provincial en base a una propuesta preliminar, la cual cumplirá con ser las representantes de la autoridad sanitaria en cada una de las provincias del país, implementando las políticas que cumplan estrictamente con el marco legal de la nación. De la misma manera deberán cumplir con las atribuciones de planificación, coordinación y control del cumplimiento de todas las acciones sanitarias que se evidencien en las provincias y los distritos.

El organigrama propuesto para las direcciones distritales de salud, se lo detalla en la ilustración N° 18

### Ilustración N° 18: Propuesta organizacional Dirección Distrital



Fuente: Recursos Humanos (2011)

Elaboración: David Palacios y Lenin Aldáz (Bizagi)

En función a las estructuras organizacionales planteadas, es importante también mencionar la manera en que las direcciones distritales tendrán que desempeñar sus funciones, pues una de sus facultades es el dar apoyo y correcto seguimiento a la gestión aplicando estrategias de desarrollo profesional y facilitando los procesos administrativos y financieros para una disponibilidad y asignación apropiada de los recursos de operación así como de mantenimiento también.

Otra de las importantes funciones que se debe cumplir a nivel de Dirección Distrital es la micro planificación, es decir, que debe existir la anticipación sobre la necesidad de infraestructura o equipamiento, dimensionamiento las necesidades en cuanto a medicamentos e insumos, así como también un levantamiento y control de los requerimientos sobre el recurso humano.

Toda esta gestión se tendrá que ver reflejada en la opinión de la ciudadanía, pues garantizará que los habitantes de la población generarán tendencias de pronunciamiento positivo ante las propuestas de gestión para cada nivel debido a que se generan impactos positivos tanto en la ciudadanía como a nivel institucional.

### ***Propuesta, costos e impacto fiscal: Creación de unidades desconcentradas***

Como se lo ha venido mencionando, una de las partes fundamentales dentro de la implementación de la reforma institucional es la creación de los niveles desconcentrados conformado por las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales, por lo que es necesario recopilar la información y emplear un

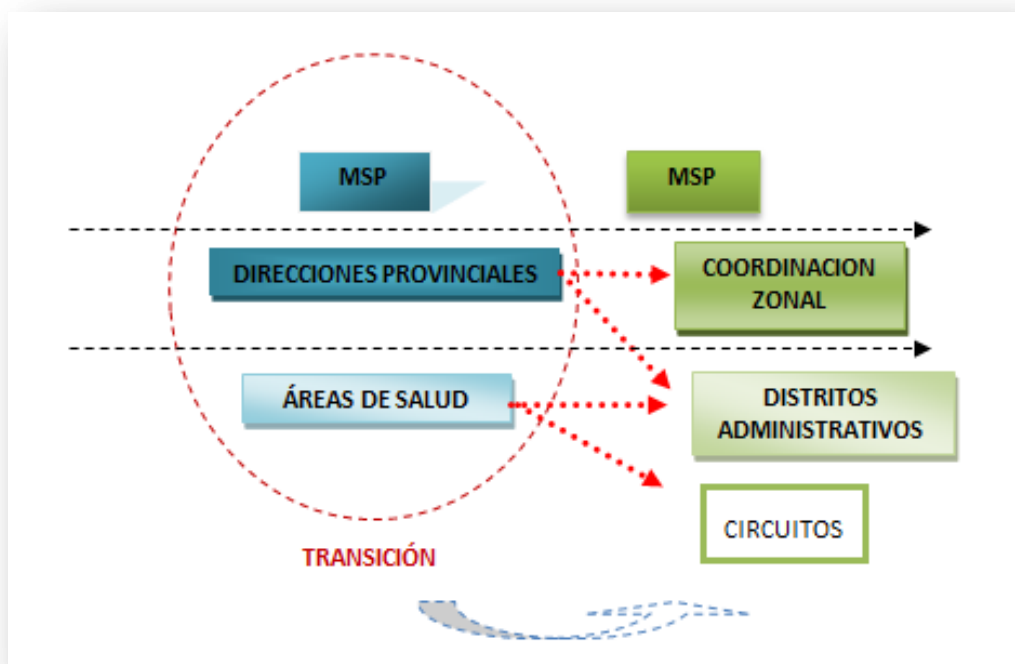
análisis los costos que se generan por contar con los servicios de operatividad de los funcionarios que trabaja en las diferentes provincias del país, el costo sobre los bienes y servicios de consumo y el gasto corriente anual.

En el cuadro No.1 del anexo “E” se pueden evidenciar el gasto corriente anual clasificado por provincias, lo que genera un monto de \$ 117.563.017 por año. A su vez en el cuadro No. 2 del mismo anexo se refleja una proyección del gasto corriente a ser empleado para el funcionamiento de los niveles desconcentrados.

En este segundo cuadro se expone las provincias que conforman cada zona y el número de distritos que se encontrarán en funcionamiento dentro de las mismas, lo que genera un monto que asciende a los \$ 137.140.161 generando un impacto fiscal de \$ 19.577.750. Este incremento en el gasto corriente, obedece a la implementación de nuevos perfiles más exigentes y al número de funcionarios que se encontrarán trabajando dentro de las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales.

Es importante entender que el proceso de transición de las competencias desde el nivel central al nivel desconcentrado se lo llevará a cabo en coordinación con los nombrados Coordinadores Zonales y su equipo metodológico con el apoyo del equipo contraparte del Ministerio de Salud. Dicho proceso de transición se lo expone en la Ilustración No. 19.

**Ilustración Nº 19: Proceso de transición**

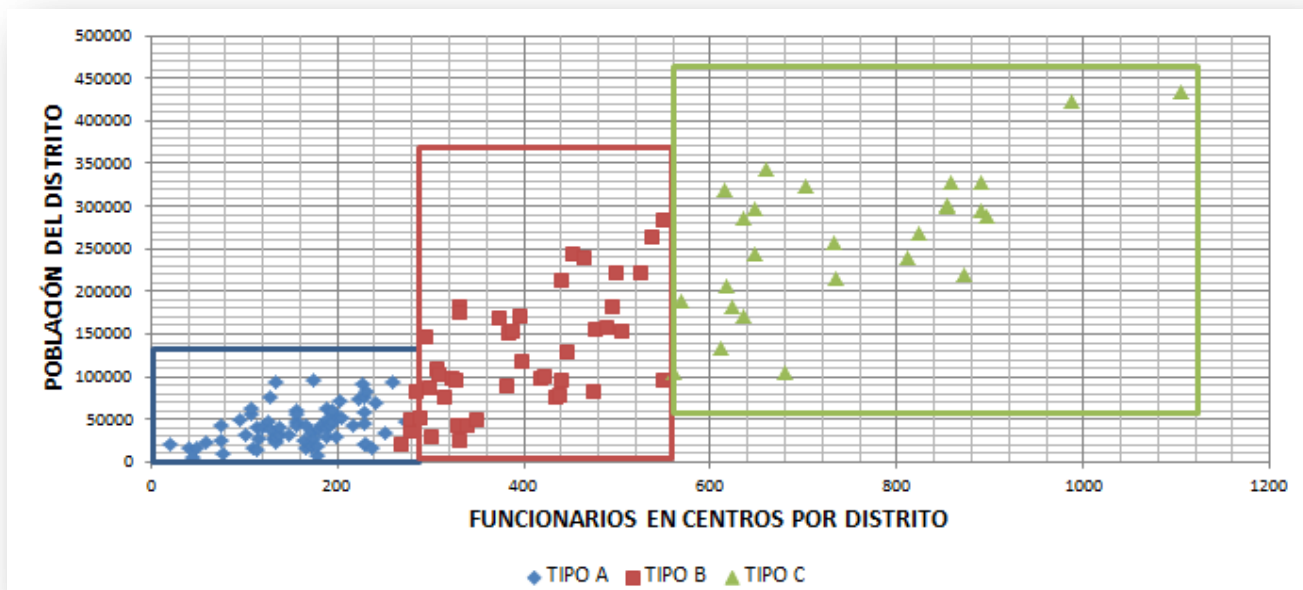


Elaboración: David Palacios



A su vez el traspaso de competencias en el proceso de transición, obedece a la tipología de distritos que se encuentren establecidos en el territorio, pues estos tendrán que prestar sus servicios en función de la población que lo conforma. Es necesario establecer tipos de distritos de salud, debido al afecto y acción que estos tengan que generar y al número de funcionarios con los que deban contar para su correcto funcionamiento lo que se expone en la ilustración No. 20 y cuadro No. 15.

**Ilustración No. 20: Tipología de Distritos**



Fuente: Gabriela Yépez, Asesora del Despacho Ministerial  
Elaboración: David Palacios

**Cuadro No. 15: Tipología de Distritos**

TIPOLOGIA DE DISTRITOS	POBLACIÓN (HASTA)	TOTAL FUNCIONARIOS A CARGO
A	100.000	20 a 269
B	283.000	270 a 550
C	De 283.000 hasta 435.000	550 hasta 1105

Fuente: Gabriela Yépez, Asesora del Despacho Ministerial  
Elaboración: David Palacios

## ***Análisis del impacto generado***

El modelo de reforma y reestructura del sector de la salud cumple con principios fundamentales que van encabezados desde la acción, misión y visión del Ministerio, pues sus principios mantienen la iniciativa sobre el desarrollo común y a su vez guardan lineamientos con todos los elementos centrales que se evidencian en el marco político.

El principio que se logra mantener es la proyección sobre la eficiencia para aumentar la falta de desarrollo colectivo existente y sobre las necesidades básicas insatisfechas; en consecuencia se logran tendencias de reducción sobre los indicadores de pobreza en la comunidad. Al mismo tiempo se impulsa e incentiva a que los seres humanos puedan evidenciar el liderazgo que una sola institución debe mantener ante todo el sector sobre el cual es líder, generando desarrollo y brindando facilidades para satisfacer la demanda que la población ejerce. Finalmente y como fundamento de los principios de atención, el proyecto debe lograr mantener un enfoque territorial que se centre en la formación eficiente del capital humano así como el desarrollo económico; e igualmente que se enmarque al acercamiento de los servicios a la población. Por su parte Dmytraczenk Tania expone lo siguiente:

Si las reformas dan los resultados esperados, la atención médica preventiva básica y los servicios de salud reproductiva deberían llegar a amplios sectores de la población. Las reformas en el sector de la salud pueden implicar un sinnúmero de estrategias, políticas e intervenciones diseñadas para reforzar el sistema de salud con el propósito de aumentar las posibilidades de lograr los objetivos Planteados para la salud pública.<sup>47</sup>

Para generar el beneficio de una reforma institucional del sector de salud, es necesario que se mantengan durante el proceso metas que garanticen el cambio, pues dichas metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud tratan de mantener corrección en cuanto a los problemas que se producen diariamente en ámbitos de atención médica dentro del sistema sanitario, teniendo como consecuencia el que se generen dificultades respecto a la prestación de los servicios prioritarios de la salud. Por ello es que se deben considerar los siguientes aspectos:

- **La eficiencia:** Garantizando mejoras en todas las instituciones de la salud, donde las actividades de atención se deben realizar en función del menor costo empleado, con la finalidad de poder satisfacer a toda la población; sobre todo a la porción de la población que menor recursos económicos posee.
- **La calidad:** Toda la población ecuatoriana debe mantener a su entera disposición servicios clínicos seguros adecuados, así como también una infraestructura e instalaciones óptimas; personal idóneo y capacitado; insumos y medicamentos esenciales.

---

<sup>47</sup> Dmytraczenk, Tania (2004) *Desarrollo sobre la gestión institucional*. UK, World Health Report, p.16.

- **Igualdad:** Los recursos de la salud deben distribuirse imparcialmente, de forma que a ningún ecuatoriano se le niegue el acceso a los servicios primarios de la salud, independientemente de su condición social.
- **Respuesta a las necesidades de los clientes:** El sistema debe cumplir con las expectativas de la gente y proteger los derechos a la dignidad, privacidad, autonomía sobre las decisiones y elección del proveedor más eficiente que garantice los servicios sanitarios.
- **Sustentabilidad:** El sistema de salud que se desenvuelve en el país, puede alcanzar sus metas mediante el recurso disponible que sea generado y entregado por los organismos financieros del gobierno.

Con la finalidad de que se pueda llegar a determinar el impacto y los cambios generados respecto a la implementación de una reforma institucional, es necesario efectuar el análisis sobre la planificación territorial antes y después de la ejecución del proyecto, para lo cual es recomendable determinar los indicadores que se esperan obtener una vez que el sector reformado empiece a funcionar. Previo a la implementación de la reforma, se debe considerar que en el país existen pocos centros de salud, los mismos que se encuentran bastante limitados en cuanto a la producción de atención debido a su infraestructura, equipamiento y falta de personal médico; siendo este uno de los nudos más críticos de la población ecuatoriana, ya que retrasa la aceptación al cambio y el desarrollo.

Al momento no existe avance en cuanto a la conformación y construcción de las coordinaciones zonales y direcciones distritales, no existe un manual de procesos óptimo ni enmarcado en la gestión eficiente de trabajo institucional, por lo que no existe alineación de un manual que refleje la clasificación, valoración y perfiles de puestos de los funcionarios que se encuentran vinculados a las instituciones de salud.

La Subsecretaría Regional de la salud que opera en la ciudad de Guayaquil, no abarca con la atención y supervisión del territorio costero del país, sino que solamente dirige a las instituciones de Guayaquil y Galápagos, sin la eficiencia necesaria debido a la falta de desconcentración. Al mismo tiempo no existe la conformación de organismos que controlen más de cerca el trabajo que realizan los hospitales y centros de salud; para lo cual servirán las direcciones distritales conformadas en el proyecto de reforma cumpliendo con los procesos desconcentrados según lo mencionado en la investigación.

Al mismo tiempo, el sistema nacional de salud cuenta con un régimen de documentación y respaldo poco razonable y deficiente. Estos sistemas aplicados atentan incluso con el medio ambiente debido a la gran acumulación de papel que genera en las instituciones; por lo que generar un sistema de información integrado entre todo el sistema de salud, abarcará toda la información de cada una de los establecimientos, siendo esta creación parte de las metas a alcanzar en el proyecto.

El Ecuador en los 5 últimos años ha aumentado la inversión en salud de USD 437 millones a USD 3,433 millones de dólares, según el departamento de Estadística del MSP, lo que significa que el gobierno

actual desde el 2006 al 2010 ha incrementado un 700% la asignación de recursos fiscales para este sector tratando de impulsar el desarrollo y la eficiencia pública. También, parte de la inversión que se ha generado está destinada para la creación y ejecución de proyectos que están enmarcados en los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir con enfoque en la salud, pues los USD 22'156,800.00 que se verán invertidos en dicho proyecto, propone alcanzar un impacto social y también económico, ejecutando el uso de los recursos de la mejor manera posible. El detalle de los gastos por actividad de cada componente y por cada uno de los rubros se lo puede evidenciar en el Anexo "D".

El impacto directo e indirecto generado, en el largo plazo y en el momento que inicie la implementación de la reforma genera los siguientes resultados:

- La percepción de la ciudadanía evidenciará mejora en el sistema de atención a la población establecida por el Ministerio de Salud y las instituciones que operan en cada una de las provincias, en al menos un 80% para principios del 2014.
- Implementación de la reforma que evidencie una gestión óptima del sector en el 100% para finales del 2013 que es cuando tentativamente culminaría el proyecto en mención.
- La existencia de una implementación de la nueva estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas en el 100% se estima esté lista para el 2013; al igual que un estatuto orgánico de procesos que tendrá que ser aprobado en el tercer cuatrimestre del 2012, año en el que también se deberá presentar y tener aprobado un manual que describa, valore y clasifique los puestos y perfiles que van a conformar el sistema nacional de salud, así como el Acuerdo Ministerial aprobando del levantamiento, diseño y rediseño de las atribuciones institucionales.
- Para la culminación del 2013, debe haberse levantado y existir una planificación óptima del talento humano que se rija al manual de los perfiles aprobados; contando con personal eficiente y muy bien capacitado para brindar atención de calidad.
- Conformación de 9 Coordinaciones Zonales y 139 Direcciones Distritales que reflejará un avance de al menos el 75% entre los últimos días del 2012 e inicios del 2013. Dichas coordinaciones y direcciones se encontrarán funcionando según los lineamientos y objetivos establecidos conforme a los alcances del proyecto de reforma.
- Poseer un sistema de información inteligente y desarrollado, el mismo que tendrá pleno funcionamiento en las instituciones antes mencionadas, así como Planta Central y demás instituciones de salud hasta el último tercio del 2013.
- Articular e integrar el sistema nacional de salud
- Lograr servicios de calidad

- Garantizar productos seguros
- Promover estilos de vida y ambiente saludables

También es importante plasmar un diagnóstico en cuanto a la realidad que se refleja en el sistema y enlazarlo al impacto de reforma frente al nuevo funcionamiento aclarando los siguientes detalles:

***Un sistema de salud segmentado***, después de la implementación de la reforma se contará con un sector de salud que mantenga una acción y gestión articulada, direccionando la rectoría institucional al Ministerio de Salud Pública empleando liderazgo que al momento es restringido.

***Existencia de barreras y brechas***, después de la implementación de la reforma se mantiene la expectativa de eliminar las obstaculizaciones en cuanto a gestión y funciones administrativas. De igual manera se espera contar con personal que demuestre capacidad resolutive, donde se eliminarán las barreras en cuanto al acceso territorial y al poco abastecimiento de insumos y herramientas necesarias.

***Enfoque solamente en lo curativo***, después de la implementación de la reforma se mantendrá un modelo de atención que no solamente se centre en la enfermedad, en el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; sino que también se preocupe por la capacitación a la ciudadanía en el sentido de incentivar la cultura de la prevención de la salud y que se dé atención y prestación de servicios de salud sin que necesariamente las personas padezcan de enfermedades crónicas, degenerativas o transmisibles.

***Atención estandarizada y programas verticales***, después de la implementación de la reforma se procederá a dar por terminado el modelo centralista que mantiene actualmente el sector y a su vez sacar del sistema los programas y procesos verticales con gestión independiente.

***Ausencia de información oportuna para la toma de decisiones***, después de la implementación de la reforma, se obtendrá un sistema desarrollado que enlace la información de todas las instituciones de salud, destacando las variables de mayor relevancia para brindar información útil, y que en consecuencia tanto beneficiarios directos como indirectos gocen de un sistema de información eficiente.

Es necesario aclarar que los beneficiarios directos son todos los que hacen uso de los servicios del Ministerio de Salud Pública, mientras que los beneficiarios indirectos son todas las personas que se encuentren laborando y desarrollando los sistemas y servicios que oferta el Ministerio.

Las facultades y competencias de los distintos niveles desconcentrados que se encuentran plasmados en el sistema de salud una vez que la reforma institucional se encuentre lista para ejecutar sus actividades en el sector, se hallarán designadas de conformidad a la explicación que se evidencia en el cuadro N° 16.

**Cuadro Nº 16: Facultades y competencias de los niveles desconcentrados**

Facultad	Central						Desconcentración												Descentra - lización	
	MSP						ZONAL						DISTRITOS						GAD	
Rectoría	1	2	3	4	5	6														
Regulación	1	2	3	4	5	6														
Planificación	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4			1	2	3	4	5	6	2	
Coordinación			3	4		6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4		6		3
Gestión													1	2	3	4	5	6		
Control	1	2	3		5	6	1	2	3				1	2	3				1	2

Fuente: Planificación (2011)

Elaboración: David Palacios

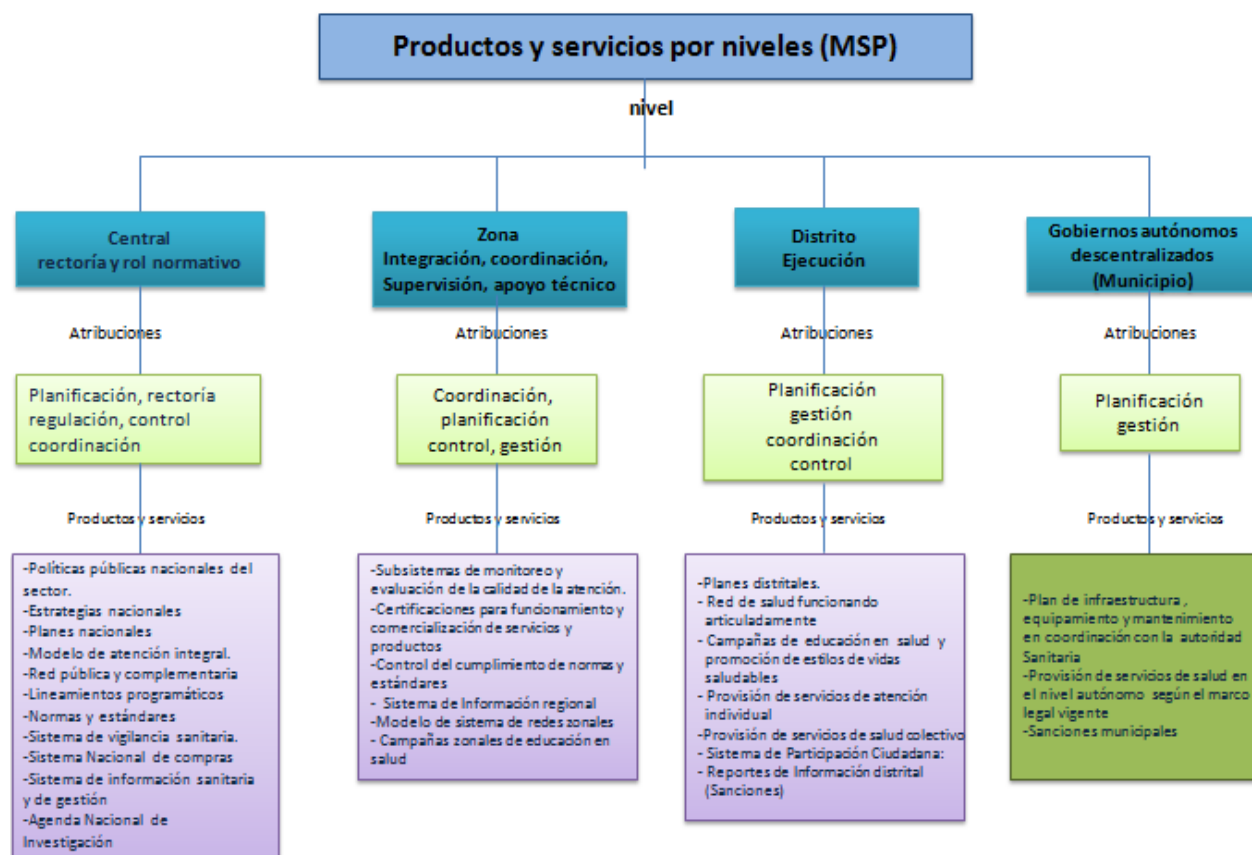
Mapa explicativo competencias	
Vigilancia de la salud pública	1
Provisión de servicios de atención individual	2
Prevención, promoción de la salud e igualdad	3
Gobernanza de la salud	4
Provisión y gestión de medicamentos e insumos, vigilancia de productos de uso terapéuticos	5
Investigación, biotecnología y desarrollo tecnológico	6

Fuente: Planificación (2011)

Elaboración: David Palacios

Es claro que con la reforma se consigue generar una rectoría plena sobre todo el sistema por parte del Ministerio de Salud Pública - planta central, logrando una gestión óptima para desempeñar las funciones correspondientes en los niveles desconcentrados que son las Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Gobiernos Autónomos Centrales GADs (municipios); haciendo posible que cada una de las competencias estén enmarcadas en la prestación de servicios eficientes, sin descuidar los productos que cada uno de los niveles tiene que conseguir, tal como lo especifica la ilustración Nº 21 (organigrama):

**Ilustración N° 21: Productos y servicios de los niveles desconcentrados**



Fuente: Planificación (2011)

Elaboración: David Palacios

## Síntesis

El impacto que se genera ante una implementación de tal magnitud, enfrenta una serie de acontecimientos en el tiempo sobre el cual se va desarrollando; mismos que se resumen en conflictos, pero que en su gran mayoría serán paliados con diferentes procesos que producirán beneficios y sucesos favorables.

Entre los mayores conflictos evidenciados, el enfrentarse ante una oposición por el cambio es uno de los más destacados del Ministerio de Salud Pública y su sector, pues al momento de tomar acciones y tratar de eliminar los procesos concentrados donde existe autonomía e independencia sin respetar las normativas que son dictadas por la autoridad inmediata, las personas tienden a cerrarse y toman actitudes negativas que dificultan el proceso de ejecución de una nueva estructura. Otro de los conflictos, es enfrentar diariamente casos de corrupción, trabas, el desvío de procesos y en ocasiones el

mal uso de los recursos fiscales asignados, pues dicha reestructuración del sistema se encuentra orientada al cambio con lineamientos de eficiencia que hace muchas veces que la población se vuelva intolerante ante los nuevos procesos.

No obstante el proyecto contempla medidas de contingencia para aplacar estos fenómenos, implementando mecanismos como la socialización paulatina y progresiva de la reforma institucional, realizar encuestas de opinión ciudadana, mismas que serán enmarcada en la reforma de gestión a nivel nacional. Lo que se pretenderá no es el convencer a la población de un cambio; más bien se trata de hacer conocer sobre la realidad poco eficiente por la que atraviesa el sector y así mismo incentivar y sensibilizar a la ciudadanía para que confíe en que la reforma institucional es una puerta para el desarrollo.

Bajo esta iniciativa, nacen los beneficios como parte del alcance de la propuesta, ya que las metas a las cuales el proyecto pretende llegar, es la de acercar sus servicios y generar satisfacción en toda la población ecuatoriana que necesiten demandar los servicios públicos, y que se trate de que la desconcentración de la gestión garantice el cumplimiento de las atribuciones, responsabilidades, facultades y servicios de cada una de las instituciones vinculadas a la salud pública y los funcionarios que conforman las mismas. Suarez Julio señala que:

En el sector de salud ecuatoriano, prevalecen los inconvenientes que dificultan y casi llegan a impedir el lograr los objetivos de la institución, siendo así que una reforma es una necesidad para que se pueda llegar a mejorar y contribuir la situación de la salud de la población ecuatoriana. Ejemplo de la poca gestión es la fragmentación institucional del sector, evidenciando las consecuencias negativas de una cobertura, eficiencia y acceso a los servicios. Los cambios que se basan en el financiamiento, la conducción, regulación, organización y prestación de servicios de salud, serán las facultades que harán posible la conducción o la eliminación de los problemas expuestos.<sup>48</sup>

El aporte de la OPS y la OMS en cuanto al desarrollo y estabilización de una reforma institucional es indispensable, pues en sus directrices las cooperaciones dan seguimiento y evaluación de viabilidad y sostenibilidad de las reformas institucionales de salud en los países de la región andina. Es así que dichos organismos cooperan con el Ministerio, definiendo y validando los roles del Estado en campos de la salud y formulando modificaciones que fueron introducidas en la nueva constitución y a su vez mantiene las siguientes líneas prioritarias según el informe según el Dr. Julio Suarez.

1. Apoyo al proceso macro de la reforma, definición de políticas nacionales en salud y construcción participativa del SNS.
2. Reforma institucional del MSP.
3. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de información en salud.

---

<sup>48</sup> Suárez, Julio (2008) *Desarrollo de sistemas y servicios de salud: OPS*. Ecuador, p. 6.



4. Desarrollo de los recursos humanos del sector.
5. Reorganización y fortalecimiento de las direcciones provinciales de salud para el cumplimiento del rol rector en salud a ese nivel.
6. Creación y desarrollo de redes plurales descentralizadas de servicios de salud a nivel local y fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios.

En cuanto al aspecto económico, es necesario que el gobierno ecuatoriano precautele por el presupuesto que se maneja, por la inversión a la que se recurre y por los gastos a los que se tiene que someter. Es necesario que un buen porcentaje del PIB, al ser parte del presupuesto general del Estado, sea designado a temas sociales, como es la educación y la salud que son pilares fundamentales del desarrollo de un país, así como también es necesario que necesario que se tome en cuenta la magnitud del gasto público que se tiene que emplear, pues el abuso del mismo genera efectos sobre la demanda y la oferta produciendo grandes brechas y desigualdades entre las mismas y no alcanzando un equilibrio adecuado, lo que da paso a que produzca insostenibilidad sobre los proyectos públicos.

El proyecto de reestructura del Ministerio de Salud Pública, presenta alta sostenibilidad en el corto y mediano plazo debido a la óptima ejecución que pretende tener y también debido a su buena estructura financiera y económica, aplicando adecuadamente los lineamientos y actividades que empleará dentro de su tiempo de ejecución. En cuanto a la sostenibilidad del proyecto para el largo plazo, se vería determinada y se encontraría en función del gasto público utilizado a nivel nacional por parte del Estado.

## ***Conclusiones***

Una vez que el presente trabajo de investigación ha culminado, es necesario plasmar los resultados más significativos que han sido encontrados; por lo cual, se procede a establecer en primer lugar las conclusiones de la disertación y seguidamente las recomendaciones que proponen acciones a desarrollarse en un futuro. Dichos resultados parten de las preguntas, objetivos e hipótesis planteadas, demostrando la consistencia de la investigación.

La investigación genera incentivos en cuanto a organización, desarrollo e impulso favorable en el sistema nacional de salud, pues la reforma del mismo es prioridad para cumplir con el mandato constitucional, de tal manera que se pueda alcanzar un incremento en cuanto a la cobertura y al acceso de los servicios públicos, mejorando la efectividad y eficiencia del rendimiento del sector empezado por el uso adecuado de los recursos existentes. Con la presencia de un sistema nacional de salud eficiente se facilita la coordinación y por ende la efectividad de las acciones a tomarse sobre la racionalización y la potenciación de los recursos humanos, así como también de los fiscales, tecnológicos, financieros, de infraestructura y gestión de todas las instituciones que conforman el sistema sanitario del Ecuador que se encuentra respaldado y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria. En este sentido se debe destacar que una vez aprobadas las atribuciones y responsabilidades de las direcciones de la nueva organización interinstitucional, las mismas se encargarán de dirigir, implementar, administrar y evaluar la gestión de procesos, tecnologías de la información y comunicación, clima, cultura y reestructura organizacional, así como los planes de innovación y mejora de eficiencia, eficacia y calidad de la gestión del Ministerio, de conformidad con lo dispuesto por la Secretaría Nacional de Administración Pública.

La intervención del Estado ecuatoriano en cuanto al gasto público y por ende en el financiamiento y respaldo para impulsar la reforma y reestructura del sector de la salud a nivel nacional ha sido de gran importancia, ya que al ser un proyecto que garantice un desarrollo del sector y su desconcentración podrá generar el acercamiento de los servicios sanitarios a toda la población ecuatoriana, satisfaciendo sus necesidades y evidenciando un cambio en la atención ciudadana y la calidad con la que los mismos son atendidos.

En la actualidad la gestión del Ministerio de Salud y las instituciones que conforman su sistema, son bastante deficientes y poco ágiles, pues no se evidencia jerarquías en cuanto a la rectoría de la autoridad sanitaria y por ende los procesos de los diferentes niveles se encuentran encerrados y concentrados, provocando el estancamiento de gestión administrativa y poco flujo en cuanto a la ejecución del recurso fiscal que se asigna a las instituciones. Al desconcentrar los procesos y definir las atribuciones, procesos, productos y servicios de cada instancia una vez que el proyecto de reforma se vaya ejecutando, se generará agilidad en cuanto al desempeño generando servicios que cumplan con los objetivos del Plan nacional del buen vivir y así como también que den cumplimiento a los objetivos del Ministerio para impulsar el desarrollo del sistema.

El beneficio social que genera la implementación de una reestructura y reforma del sector de la salud, trae resultados bastante favorables para la población objetivo que son todos los ecuatorianos y ecuatorianas del país; ya que al fortalecer las políticas del sistema, los servicios que se brindan en el país serán de mayor calidad y eficiencia, teniendo como resultado una potenciada articulación institucional entre los niveles desconcentrados del MSP generando un óptimo acceso a la salud sin limitaciones ni barreras, lo que hace este de proyecto una implementación sostenible en el largo plazo, pues la orientación al cambio y al desarrollo que el mismo mantiene, logrará resultados favorables tanto para los actores directos como los indirectos del sistema.

## ***Recomendaciones***

Es importante que cuando el proyecto esté en sus etapas finales de ejecución, se proceda con un seguimiento y monitoreo constante de lo que se ha venido concretando en el marco de la reforma y reestructura por instancias como el departamento de Planificación, la Dirección de Informática, Seguimiento y Evaluación, Dirección de Recursos Humanos y la Unidad de Control y Gestión Institucional; a fin de que se puedan evidenciar los resultados esperados con el máximo margen de incumplimiento sobre los compromisos. De igual manera, al ser un proyecto que prioriza el desarrollo, el trabajo tendrá que venirse Coordinando con instituciones de alta gerencia como el de la SENPLADES y el Ministerio de Finanzas, haciendo entrega de informes y avances de forma constante y sostenida.

Al finalizar el proceso de la implementación de la reestructura y reforma será necesario que se realice una actualización y medición de los porcentajes de avances en el marco de la reforma institucional, de tal manera que se pueda garantizar una prestación de servicios públicos de la salud de manera ágil y eficientemente.

Una vez que se encuentre culminado el proyecto de la reforma institucional y se haya implementado al 100% para diciembre del 2013, será necesario que se realice una evaluación del impacto y los beneficios sociales que genera la reforma contando con indicadores más reales para ese entonces. De tal manera que se deberá contar con un presupuesto “de colchón” dentro de todo el presupuesto asignado, para realizar un contrato por medio de concurso y compras públicas para acudir a una consultoría que genere insumos de evaluación. El monto referencial para la medición de impacto y resultados oscila entre los \$ 800,000.00 y \$ 1'000,000.00

## Referencias bibliográficas

- Asamblea Constituyente (2008), **Constitución de la República del Ecuador**. Ecuador: Asamblea Constituyente.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador (2010), **Código Orgánico de Organización Territorial Autonomía y Descentralización (COOTAD)**. Ecuador: Asamblea Nacional.
- Ayala Espino, José (1988) **Estado y desarrollo**. México: Facultad de Economía, Universidad Autónoma de México.
- Benach, Ronald (1997) **Capital humano y crecimiento económico**. Venezuela.
- Bartley, Robert (1999) **Publications The Wall Street Journal: Public services**. New York
- Calvo, Manuel y López, Guillem (1995) **Manual de hacienda pública**. Madrid, Ministerio de Economía.
- Coloma, Ferrá (1991) **Evaluación social de proyectos de inversión**. Bolivia: Asociación Internacional de Fomento - Banco Mundial.
- Cohen, Ernesto (1992) **Evaluación de proyectos sociales**. México: Siglo XXI.
- Conteras, Dante (1998) **Distribución del ingreso**. Chile: Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Chile.
- Dalghren y Whitehead (1991) **Model of inequality: Health**, UK, London Health Observatory. [http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/DSS\\_Vega-Solar.pdf](http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/DSS_Vega-Solar.pdf) (Acceso, octubre 2011)
- Dmytraczenk, Tania (2004) **Desarrollo sobre la gestión institucional**. UK, World Health Report.
- Enciclopedia de Economía. **Gasto público**. <http://www.economia48.com/spa/d/gasto-publico/gasto-publico.htm> (Acceso, febrero 2012)
- Escobar, Pablos y Valiño, Laura (2000) **Economía del gasto público**. Barcelona, Editorial Cívitas, 2000.
- Estatuto Organizacional (2011) **Procesos del Ministerio de Salud Pública**, Ecuador. Ministerio de Relaciones Laborales
- Gottfried, Von (1990) **La teoría del "multiplicador" de Keynes: Una crítica metodológica**. Purkersdorf. <http://isis.faces.ula.ve/computacion/emvi/11/EI%20consumo%20publico.htm> (Acceso, noviembre 2011)
- Hidalgo, Páez y Héctor, Hernán (2001) **Intervención del Estado en la economía**. México: GestioPolis. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/eco/interv.htm> (Acceso, enero 2012)

- Jarach, Dino (1987) **Finanzas y gasto público**. Argentina, Buenos Aires: Universidad Nacional de Lomas de Zamora.
- Kaplan, Robert (2010) **Atención de salud**. New York: Harvard Business Review Magazine.
- Luna Tamayo, Milton (1997) **Más y mejor inversión**. Ecuador: Contrato Social por la Educación en el Ecuador. <http://www.contratosocialecuador.org.ec/home/contenidos.php?id=42&identifica> (Acceso, enero 2012)
- Marcos García, Carmen (2007) **Estado de intervención: Enfoque keynesiano**. Colombia: Escuela de Filosofía.
- Marmot, Col (1992) **Condicionantes económicos y sociales de la salud**. Honduras: UNAH.
- Ministerio de Salud Pública (2011) **Ley Orgánica de Salud**. Ecuador.
- Granados Roldán, Otto (2005) **¿Gastar más o invertir mejor?** México: Observatorio Ciudadano de la educación en México. <http://www.observatorio.org/colaboraciones/granados.html> (Acceso, octubre 2011)
- Granados Roldán, Otto (2002), **El poder judicial del Estado**, Estado de Aguas Calientes: Instituto de Investigaciones Legislativas, p: 19. <http://www.ielsed.com/text/estados/agsley76.pdf> (Acceso, octubre – noviembre 2011)
- Peacock y Wiseman (1961), **The growth of public expenditure**, Netherlands, Kluwer Academic. <http://www.springerlink.com/content/r605811u81703353/> (Acceso enero 2012)
- Plan nacional del buen vivir (2009 – 2013), <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir>
- Pinto Saavedra, Juan Alfredo (1995) **Formación de capital humano**. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Presidencia de la República Colombiana-DNP (1994) **El salto social-bases para el plan nacional de desarrollo 1994-1998, Publicaciones**
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (1997) **Informe sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**. Nueva York: PNUD.
- Ramírez, Carmen (2008) **En buen vivir en las sociedades latinoamericanas**. Nicaragua – Publicaciones.
- \_\_\_\_\_ (2011), **Informe sobre los índices de desarrollo humano (IDH)**. Nueva York: PNUD.
- Sánchez, José (2001) **Gasto e ingresos públicos**, Barcelona, Editorial Cívitas.
- Suárez, Julio (2008) **Desarrollo de sistemas y servicios de salud: OPS**. Ecuador.

Valiño, Casto (2007) ***Estado, industrialización y gasto***. Chile: Publicaciones Universidad de Chile.

Tullcock, Buchanan (1982) ***Prospect of government intervention***, UK: LSBF publications.

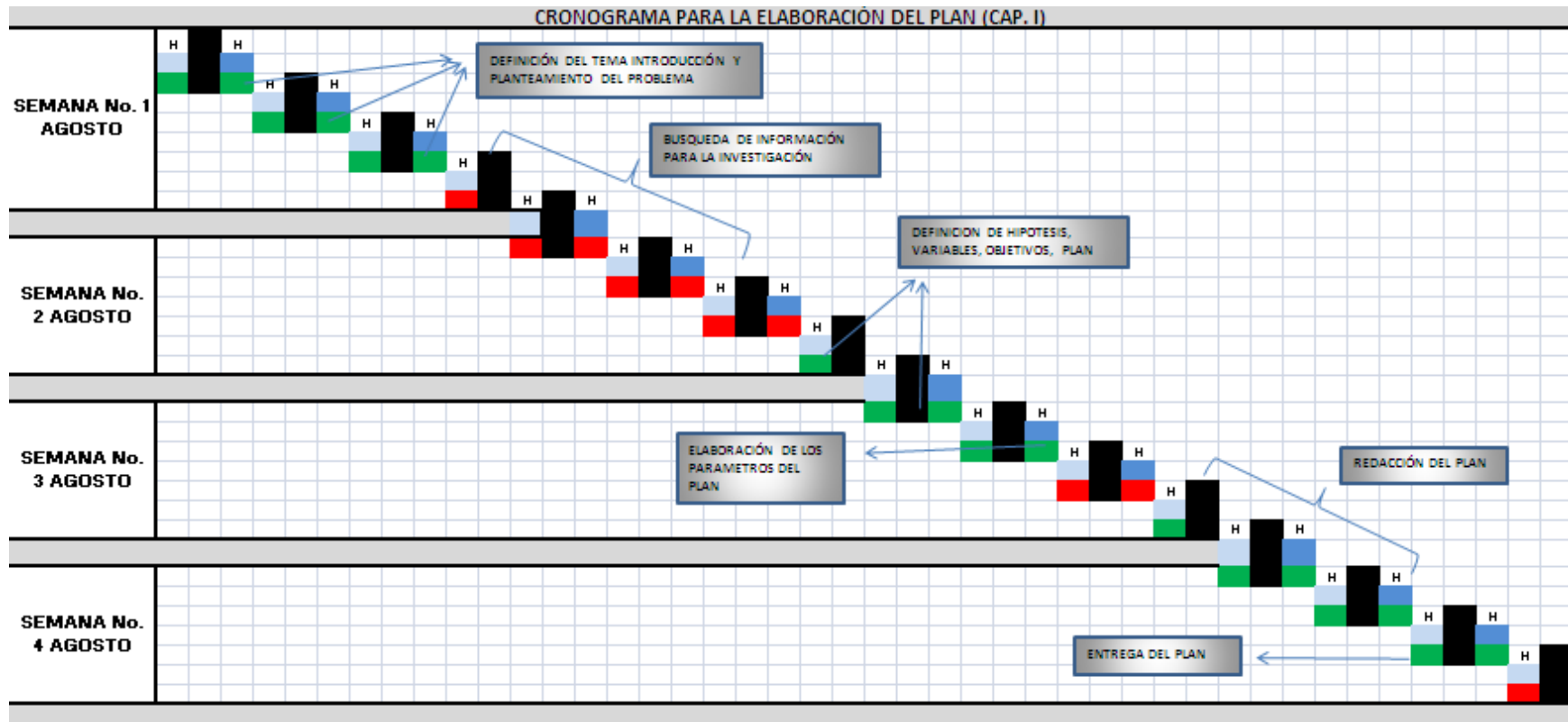
Weber, Max (1919) ***La política como vocación***. México: Aportaciones filosóficas.  
<http://sites.google.com/site/aportacionesfilosoficas/weber-max-la-politica-como-vocacion-edicion-electronica> (Acceso, noviembre 2012)

Whitehead, Michal y Ocaña, Esteban (2000), ***Equidad y salud: Fundamentos de la precaución sanitaria por las desigualdades sociales***. Granada: Universidad de Granada.  
<http://www.fadsp.org/pdf/revista/123/123-2023.pdf> (Acceso, enero 2012)

## Anexos

### Anexo A

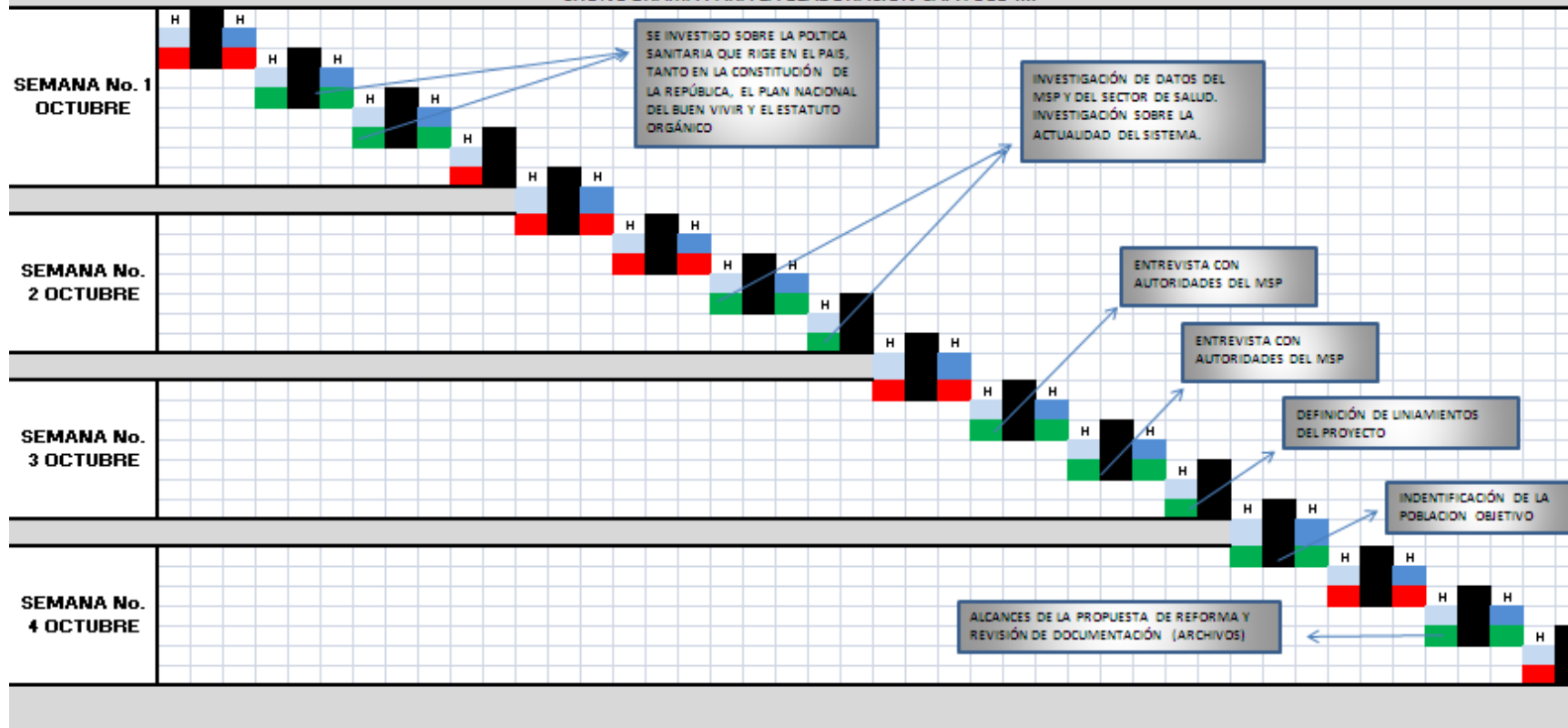
#### Cronograma para la ejecución de la investigación

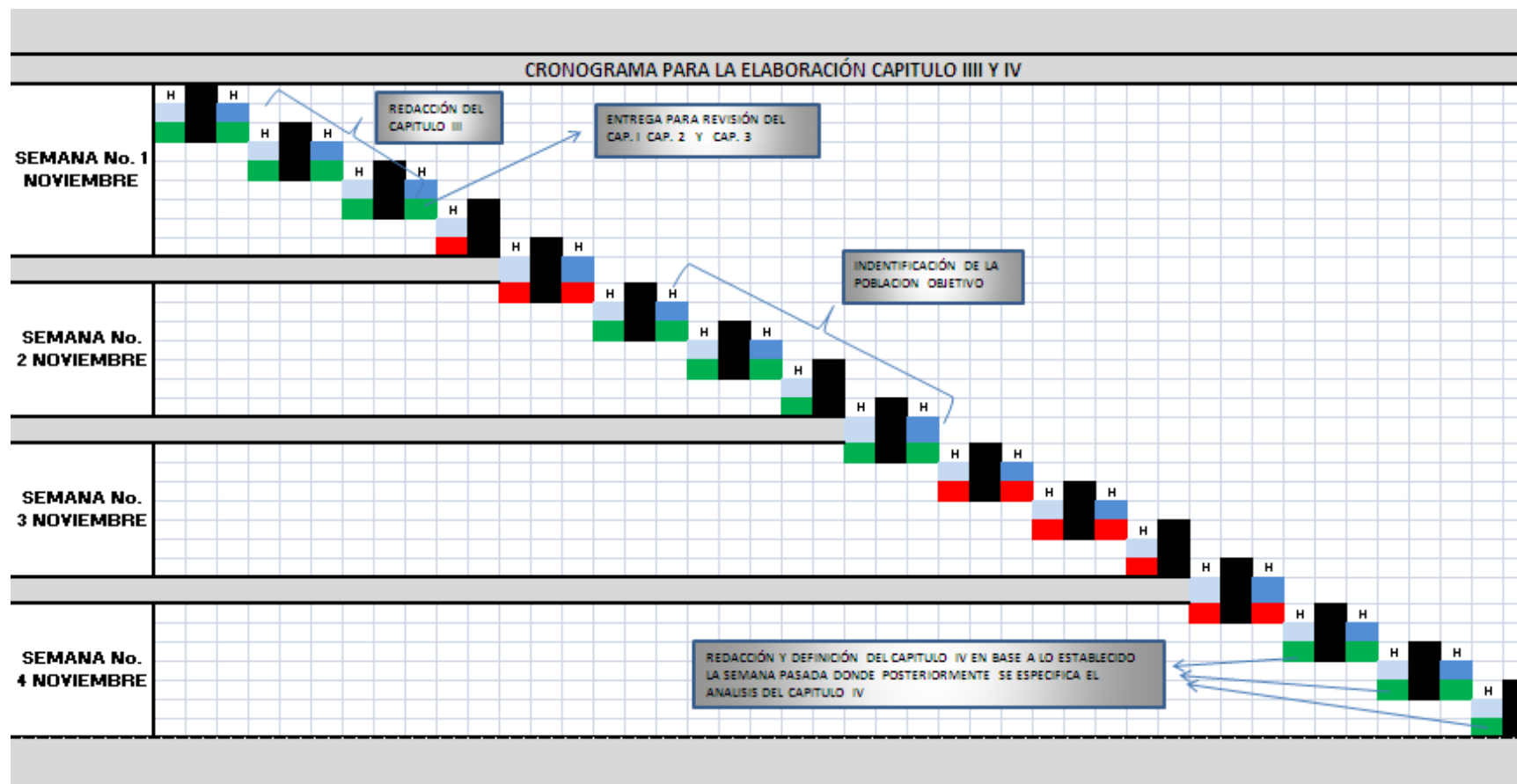


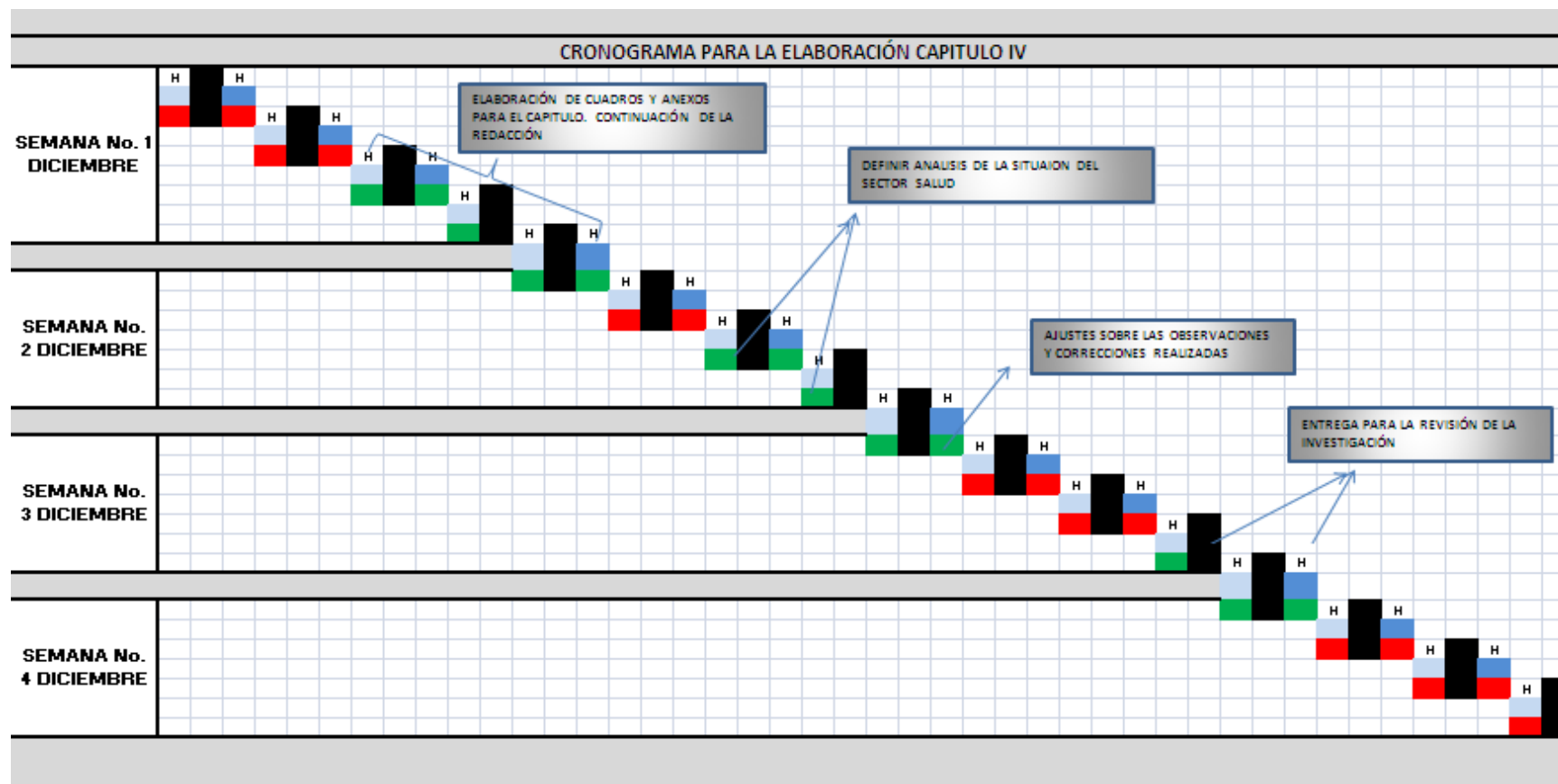




### CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN CAPÍTULO III









## Anexo B

Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0059



República del Ecuador

SENPLADES  
Sistema Nacional de Planeación y Gestión

Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0059

Quito, 03 de marzo de 2011

Señor Doctor  
David Eduardo Chiriboga Alinuti  
Ministro  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Presente.

De mi consideración:

En referencia a sus Oficios Nos. SAC-10-2010-001056 del 25 de enero y SAC-10-2011-001533 del 02 de febrero de este año, mediante los cuales el Ministerio de Salud Pública, remite las matrices de competencias y los modelos de gestión correspondientes a esta Cartera de Estado, a la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud (ACES), al Instituto de Salud Pública e Investigación (INSPI) y al Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDOT); y, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Ejecutivo No. 1577 (R.O. No. 535 de 25 de Febrero de 2009), me permito señalar lo siguiente:

1.- El Ministerio de Salud Pública ha presentado los siguientes productos correspondientes a su Cartera de Estado, a la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud (ACES), al Instituto de Salud Pública e Investigación (INSPI) y al Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDOT):

- Matriz de competencias, atribuciones y productos.
- Modelo de Gestión ajustado a la tipología correspondiente al Ministerio de Salud Pública (Tipo 2: Alta Desconcentración baja descentralización).
- Estructura Orgánica (Central y Desconcentrada)
- Plan general de implementación

2.- Se considera que los productos remitidos guardan armonía con los lineamientos y metodología trabajada para el proceso de desconcentración y reestructuración de las entidades de la Función Ejecutiva en el marco de la transformación del Estado. Sin embargo, con el fin de garantizar la institucionalidad óptima para el sector, se considera que es necesario desarrollar y planificar con más detalle el plan y el proceso de implementación de la Agencia de Control de Establecimientos de Salud (ACES), considerando su rol estratégico para el sector.

3.- Es importante indicar que los niveles jerárquicos establecidos en las estructuras orgánicas para todas las instituciones del sector deberán ser analizados por el Ministerio de Relaciones Laborales.



República del Ecuador



Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0059

Quito, 03 de marzo de 2011

Por lo expuesto, de conformidad con el Art. 3 literal e) del Decreto Ejecutivo No. 1577 anteriormente mencionado, la SENPLADES **emite informe favorable**, conforme anexo, a fin de que el Ministerio de Salud Pública continúe con la implementación de las reformas planteada para el Ministerio, la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud (ACES), el Instituto de Salud Pública e Investigación (INSPI) y el Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDOT), a través del Ministerio de Relaciones Laborales y el Ministerio de Finanzas.

Reitero nuestro compromiso en seguir apoyando la implementación de los procesos de reestructuración organizativa de su sector, así como, la desconcentración territorial del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

POR DELEGACIÓN.

Atentamente,

Antrop. Ana María Larrea  
SUBSECRETARIA GENERAL DE DEMOCRATIZACIÓN DEL ESTADO

Adjunto: Informe técnico

C.C.: Señora Economista  
Jeannette Sánchez  
Ministra  
MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
Señor Ingeniero  
Richard Gonzalo Espinosa Gormin  
Ministro  
MINISTERIO DE RELACIONES LABORALES

atjm/imp

## Anexo C

### Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0106



República del Ecuador



Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0106

Quito, 07 de junio de 2011

*Zonas, Provincias,  
Distritos*

Señora Economista  
Katuska King M.  
Ministra Coordinadora  
MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE LA POLÍTICA ECONÓMICA  
Señora Economista

(9) *Jeannette Sánchez*

Ministra  
MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE DESARROLLO SOCIAL

Señor Vicealmirante  
Homero Arellano

Ministro

MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE SEGURIDAD

Señor Ingeniero

(18) *Dorge David Glas Espinel*

Ministro Coordinador

MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE LOS SECTORES ESTRATÉGICOS

Señora Doctora

(11) *Gloria Vidal Illingworth*

Ministra de Educación

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Señora Ingeniera

Ximena Mercedes Ponce León

Ministra

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Señor Doctor

(13) *David Eduardo Chiriboga Allaut*

Ministro

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Señora Doctora

(3) *Johana Farina Pesántez Benítez*

Ministra de Justicia Derechos Humanos y Cultos

MINISTERIO DE JUSTICIA, DERECHOS HUMANOS Y CULTOS

Señor Doctor

José Ricardo Serrano Salgado

Ministro

MINISTERIO DEL INTERIOR

Señor Ingeniero

Walter Solís Valarezo

Ministro

MINISTERIO DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA

Señor Ingeniero

(10) *Jaime Hernán Guerrero Ruiz*

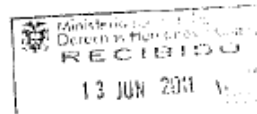
Ministro

MINISTERIO DE TELECOMUNICACIONES Y DE LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN

Señora Doctora

(1) *María del Pilar Cornejo de Grunauer*

Secretaría Nacional



Juan León Mera No. 130 y Av. Patria, P.O. Box 17000, P.O. 1707000000-1809.  
www.senplades.gov.ec • correo: senplades@senplades.gov.ec

Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0106

Quito, 07 de junio de 2011

**SECRETARÍA NACIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS**

Señor Economista  
Carlos Marx Carrasco V.  
Director General  
**SERVICIO DE RENTAS INTERNAS**

Señor Ingeniero  
Paulo Rodríguez Molina  
**DIRECTOR GENERAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN**

Señor General de Distrito

Fausto Patricio Franco López

Comandante General de la Policía Nacional

**POLICÍA NACIONAL**

Coronel de Policía

Patricio Pazmiño

Director Nacional

**POLICÍA JUDICIAL E INVESTIGACIONES**

Señor Licenciado

Roberto Cayanna Merchán

Gerente General

**EMPRESA PÚBLICA CORREOS DEL ECUADOR**

Señor Economista

Byron Villacis Cruz

Director General

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS**

Señora Doctora

Katila Marisol Torres Sánchez

Directora Ejecutiva

**UNIDAD DE GESTIÓN INMOBILIAR DEL SECTOR PÚBLICO**

Señora Técnica

Nancy Patricia Sarzosa Piedra

Directora General

**INSTITUTO DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA**

Ingeniero

César Regalado

Gerente General

**CORPORACIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES**

Señor Coronel

Max Campos Gallegos

Director

**DIR. NAC. POLICÍA COMUNITARIA SERVICIO URBANO Y RURAL**

En su Despacho.



Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0106

Quito, 07 de junio de 2011

De mi consideración:

Como es de su conocimiento, el objetivo de la desconcentración de la Función Ejecutiva, parte de un proceso de transformación del Estado basado fundamentalmente en la prestación de servicios públicos más cercana a la ciudadanía. Para alcanzar este objetivo se ha organizado la prestación de servicios públicos con base en unidades territoriales administrativas que permitan una desconcentración equitativa y con cobertura a nivel nacional. Esta organización territorial ha permitido a las instituciones del Ejecutivo establecer un nivel intermedio que agrupa a provincias (zonas de planificación administrativa); y, cuya conformación se encuentra establecida en el Decreto N° 357 del 20 de Mayo de 2010.

Adicionalmente, ese nuevo modelo de gestión territorial del Estado plantea la conformación de niveles desconcentrados capaces de aprovechar economías de escala, mejorar la cobertura de prestación de servicios, ejecutar proyectos comunes de equipamiento e infraestructura, consolidar subsistemas de centros urbanos y rurales coordinados, que faciliten la planificación física y la coordinación intersectorial con todas las entidades del Ejecutivo en el territorio. De esta manera se han definido 139 distritos administrativos y 1.134 circuitos administrativos a nivel nacional.

Por lo expuesto y a fin de continuar el trabajo ya iniciado con la institución que usted lidera, se envía la información referente a la conformación de los distritos y circuitos administrativos, en formato digital, a fin de continuar con el proceso de democratización del Estado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

POR DELEGACION

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Sra. Mgs. Ana María Larrea

**SUBSECRETARIA GENERAL DE DEMOCRATIZACIÓN DEL ESTADO**

Adjunto: CD

dsrswatop

  
**SENPLADES**  
ARCHIVO CENTRAL  
C-MA-12-06-11-HR-17-2

Juan León Mesa No. 130 y Av. Paula, PBX: 3978900, Fax: 3978900 Ext. 2809,  
[www.senplades.gob.ec](http://www.senplades.gob.ec) - e-mail: [senplades@senplades.gob.ec](mailto:senplades@senplades.gob.ec)

**Anexo D**  
**Conformación de Distritos por provincia a nivel nacional**

Zonas administrativas de planificación	Provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 1	Carchi	San Pedro De Huaca - Tulcán Montufar - Bolivar Espejo - Mira
	Esmeraldas	Esmeraldas Eloy Alfaro Muisne - Atacames Quininde San Lorenzo Rio Verde
	Imbabura	Ibarra - Pimampiro - San Miguel De Urcuqui Antonio Ante - Otavalo Cotacachi
	Sucumbios	Cascales - Gonzalo Pizarro - Sucumbios LAgo Agrio Cuyabeno - Putumayo Shushufindi

Zonas administrativas de planificación	provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 2	Napo	Archidona - Carlos Julio Arosemena Tola - Tena El Chaco - Quijos
	Pichincha	Cayambe - Pedro Moncayo Mejia - Rumiñahui Pedro Vicente Maldonado - Puerto Quito - SaN Miguel De Los Bancos
	Orellana	La Joya De Los Sachas Loreto - Orellano Aguarico

Zonas administrativas de planificación	Provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 3	Cotopaxi	La Tacunga La Mana Pangua Pujili - Saquisilí Sigchos

		Salcedo
	Chimborazo	Chambo - Riobamba Alausí - Chunchi Cumanda - Pallatanga Colta - Guamote Guano - Penipe
	Pastaza	Pastaza - Mera - Santa Clara Arajuno
	Tungurahua	<b>Parroquias urbanas:</b> La Península - La Merced - Atocha Ficoa - La matriz - San Francisco <b>Parroquias Rurales:</b> Augusto N. Martínez Constantino Fernández - Cunchibamba - Azamba - Pasa - Quisapincha - San Bartolomé De Pinillo - Amabtillo

Zonas administrativas de planificación	provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 4	Manabí	Portoviejo Jaramijo - Manta - Montecristi Jipijapa - Puerto López 24 De Mayo - Santa Ana - Olmedo El Carmen Junín - Bolívar Chone - Flavio Alfaro Pichincha Paján Jama - Pedernales San Vicente - Sucre Rocafuerte - Tosagua
	Santo Domingo De Los Tsachilas	<b>Parroquias Urbanas:</b> Río Verde - Santo Domingo - Zaracay - Río Toachi - Chigüilpe  <b>Parroquias Rurales:</b> Alluriquín - Luz De América - Esfuerzo - Toachi - Periferia  <b>Parroquias Urbanas:</b> Abraham Calazacon - Bomboll  <b>Parroquias Rurales:</b> San Jacinto Del Bua - Valle Hermoso - Puerto Limón - Periferia 2

Zonas administrativas de planificación	Provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 5	Bolívar	Guaranda Chillanes Chimbo - San Miguel

		Caluma - Echandia - Las Naves
	Guayas	Alfredo Baquerizo Moreno - Simon Bolivar Balao - Naranjal Balzar - Colimes - Palestina Isidro Ayora - Lomas DE Sargentillo - Pedro Carbo EmpalmE El Triunfo - Gral. Antonio Elizalde Milagro Crnel. Marcelino Maridueña - Naranjito Daule - Nobol - Santa Lucia Salitre San Jacinto De Yaguachi Playas
	Los Rios	Babahoyo - Montalvo Pueblo Viejo - Urdaneta Mocache - Quevedo Quinsaloma - Ventanas Palenque - Vinces Buena Fe - Valencia
	Galapagos	San Cristobal - Santa Cruz - Isabela
	Santa Elena	Santa Elena La Libertad - Salinas

Zonas administrativas de planificación	Provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 6	Azuay	<b>Parroquias Urbanas:</b> Machangara - HNO. Miguel - El Vecino - Totoracocha - San Blas - El Sagrario - Bellavista <b>Parroquias Rurales:</b> Nulti - Paccha - Ricaurte - Llaoca - Sidcay Octavio Palacios - Checa - Chinquidat - Sinincay - San Joaquin <b>parroquias urbanas:</b> San Sebastian - El Batan - YanuncaY - Sucre <b>Parroquias Rurales:</b> Baños - Cumbe - Chaucha - Molleturo - Turi - Valle - Victoria Del Portete - Tarqui - Gingeo - Santa Ana Girón - Pucará - San Fernando - Santa Isabel Chordeleg - Gualaceo Nabon - Oña El Pan - Guachapala - Paute - Sevilla De Oro Camilo Ponce Enriquez Sigisig
	Cañar	Azogues - Biblian - Deleg Cañar - El Tambo - Suscal La Troncal
	Morona Santiago	Morona

		HUAMBOYA - PABLO SEXTO - PALORA LOGROÑO - SUCUA GUALAQUIZA - SAN JUAN BOSCO TAISHA LIMON INDAZA - SANTIAGO - TWINTZA
--	--	--

Zonas administrativas de planificación	Provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 7	El Oro	Chilla - El Guabo - Pasaje Machala Atahualpa - Portoviejo - Zaruma Balsas - Marcabeli - Piñas Arenillas - Huaquillas - Las Lajas Santa Rosa
	Loja	Loja Catamayo - Chaguarpamba - Olmedo Paltas celica - Pindal - Puyango Espindola Calvas - Gonzanama - Quilanga Macara - Sozoranga Saraguro Zapotillo
	Zamora Chinchipe	Yacuambi - Zamora Centinela Del Condor - Nangaritza - Paquisha Chinchipe - Palanda El Pangui - Yantzaza

Zonas administrativas de planificación	Provincia	Descripción del distrito (cantones)
Zona 8	Cantones Guayaquil Samborondon Duran	Ximena 1 <b>Parroquia Rural:</b> Puná - Estuario Del Rio Guayas Ximena 2 Febres Cordero Garcia Moreno - Letamendi - Ayacucho - Olmedo - Bolivar - Sucre - Urdaneta - 9 De Octubre Tarqui - Tenguel Sanborondon Duran

zonas administrativas de planificación	Provincia	descripción del distrito (cantones)
Zona 9	Cantón Quito	<p><b>Parroquias rurales:</b> Nanegal - Pacto - Gualpa - NAnegalito</p> <p><b>Parroquias rurales:</b> calderón - Llano Chico - Guayllabamba</p> <p><b>Parroquias Urbanas:</b> El Condado - Ponceano - Cotocollao - Comité Del Pueblo - Carcelen</p> <p><b>Parroquias rurales:</b> Puellaró - Chavezpamba - Atahualpa - Sj Minas - Perucho - San Antonio - Nono - Pomasqui Calacali</p> <p><b>Parroquias urbanas:</b> Puengasl - Centro Historico - San Juan - La Libertad</p> <p><b>Parroquias Urbanas:</b> La Concepción - Mariscal Sucre - Belisario Quevedo - San Isidro Del Inca - Rumipamba - Kenedy - Iñaquito - cochapamba - Jipijapa - Itchimbia</p> <p><b>Parroquias rurales:</b> Nayon - Zambiza</p> <p><b>Parroquias urbanas:</b> Chilíbulo - San Bartolo - Chimbacalle - La Argelia - Solanda - La Mena - La Magdalena - La Ferroviaria</p> <p><b>Parroquias rurales:</b> Lloa</p> <p><b>Parroquias urbanas:</b> Chillogallo - GUAMANI - Quitumbe - Turubamba - La Ecuatoriana</p> <p><b>Parroquias rurales:</b> Conocoto - Pintag - Amaguaña - Alangasi - Guangopolo - La Merced</p> <p><b>Parroquias Rurales:</b> Tumbaco - Cumbaya - Pifo - Yaruqui - El Quince - Puembo - Checa - Tababela</p>

Zonas no delimitadas	
Por definir	La Concordia
Zonas no delimitadas	El Piedrero Manga del Cura Las Golondrinas

**Anexo E**  
**Cuadro Nº. 1**

GASTOS CORRIENTES ACTUALES (con datos a Mayo 2012 )											
ZONA	PROVINCIAS	TOTAL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR COORD. ZONAL	TOTAL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR PROVINCIA	RMU MENSUAL POR PROVINCIA	PARTIDA 53: "BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO" MENSUAL POR PROVINCIA	GASTOS CORRIENTES MENSUALES POR PROVINCIA	TOTAL GASTOS CORRIENTES ANUAL REAL POR PROVINCIA	RMU MENSUAL REAL POR COORD. ZONAL	TOTAL 53: "BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO" MENSUAL REAL POR COORD. ZONAL	TOTAL MENSUAL GASTO CORRIENTE REAL POR COORD. ZONAL	TOTAL GASTO CORRIENTE ANUAL REAL POR COORD. ZONAL
1	CARCHI	612	75	39.745	3.925	43.670	524.035	377.569	102.197	479.766	5.757.192
	ESMERALDAS		244	164.455	62.909	227.364	2.728.363				
	IMBABURA		96	53.559	10.669	64.228	770.737				
	SUCUMBIO		197	119.810	24.695	144.505	1.734.057				
2 Y 9	NAPO	3.899	227	125.810	25.722	151.532	1.818.386	3.170.426	69.025	3.239.451	38.873.412
	PICHINCHA		3568	2.982.309	29.574	3.011.883	36.142.592				
	ORELLANA		104	62.307	13.729	76.036	912.435				
3	COTOPAXI	482	115	62.574	9.703	72.277	867.318	271.266	41.549	312.815	3.753.779
	CHIMBORAZO		159	86.156	11.025	97.181	1.166.175				
	PASTAZA		110	71.066	15.955	87.021	1.044.255				
	TUNGURAHUA		98	51.470	4.866	56.336	676.030				
4	MANABI	1789	1483	708.200	70.125	778.325	9.339.895	870.599	85.245	955.844	11.470.125
	STO. DOMINGO		306	162.399	15.120	177.519	2.130.230				
5 Y 8	BOUVAR	4.702	228	122.460	8.616	131.076	1.572.908	1.892.387	343.511	2.235.898	26.830.780
	LOS RIOS		266	162.627	83.157	245.784	2.949.413				
	GALAPAGOS		37	50.318	26.749	77.067	924.806				
	SANTA ELENA		237	134.467	12.222	146.689	1.760.271				
	GUAYAS		3934	1.422.515	212.767	1.635.282	19.623.382				
6	AZUAY	493	115	99.865	15.192	115.057	1.380.680	307.956	45.879	353.835	4.246.020
	CAÑAR		202	126.377	10.919	137.296	1.647.550				
	MORONA SANTIAGO		176	81.714	19.768	101.482	1.217.790				
7	EL ORO	299	133	84.790	62.048	146.838	1.762.062	193.724	83.820	277.544	3.330.528
	LOJA		126	78.590	10.270	88.860	1.066.320				
	ZAMORA CHINCHIPE		40	30.344	11.502	41.846	502.147				
TOTAL DIRECCIONES PROVINCIALES Y ÁREAS DE SALUD		12.276	12.276	7.083.927	771.226	7.855.153	94.261.837	7.083.927	771.226	7.855.153	94.261.837
TOTAL PLANTA CENTRAL		1.302						1.446.006	495.759	0	23.301.180
TOTAL MSP		13.578						8.529.933	1.266.985	7.190.562	117.563.017

**Cuadro Nº. 2**

GASTOS CORRIENTES PROYECTADOS										
ZONA	PROVINCIAS	NUMERO DE DISTRITOS POR ZONA / TOTAL 140	TOTAL RMU MENSUAL PROYECTADO CON TODOS LOS DISTRITOS DE LA COORD. ZONAL	TOTAL 53: "BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO" MENSUAL PROYECTADA CON TODOS LOS DISTRITOS DE LA COORD. ZONAL	TOTAL RMU + PARTIDA 53, MENSUAL CON TODOS LOS DISTRITOS DE LA COORDINACION ZONAL	RMU MENSUAL PROYECTADA POR COORD. ZONAL	TOTAL 53: "BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO" MENSUAL PROYECTADO POR COORD. ZONAL	TOTAL MENSUAL RMU + PARTIDA 53, PROYECTADO POR COORD. ZONAL	TOTAL MENSUAL DEL GTO CORRIENTE DE C. ZONAL + D. DISTRITAL	TOTAL ANUAL DEL GASTO CORRIENTE PROYECTADO DE C. ZONAL + D. DISTRITAL
1	CARCHI	16	711.820	80.520	792.340	127.248	12.375	139.623	931.963	11.183.556
	ESMERALDAS									
	IMBABURA									
	SUCUMBIOS									
2 Y 9	NAPO	17	847.301	96.595	943.896	254.496	24.750	279.246	1.223.142	14.677.704
	PICHINCHA									
	ORELLANA									
3	COTOPAXI	19	811.327	91.575	902.902	127.248	12.375	139.623	1.042.525	12.510.300
	CHIMBORAZO									
	PASTAZA									
	TUNGURAHUA									
4	MANABI	15	733.564	83.160	816.724	128.310	12.375	140.685	957.409	11.488.908
	STO. DOMINGO									
5 Y 8	BOLIVAR	37	1.626.192	184.140	1.810.332	256.620	24.750	281.370	2.091.702	25.100.424
	LOS RIOS									
	GALAPAGOS									
	SANTA ELENA									
	GUAYAS									
6	AZUAY	17	737.681	83.325	821.006	128.310	12.375	140.685	961.691	11.540.292
	CAÑAR									
	MORONA SANTIAGO									
7	EL ORO	19	756.247	84.975	841.222	128.310	12.375	140.685	981.907	11.782.884
	LOJA									
	ZAMORA CHINCHIPE									
TOTAL COORDINACIONES ZONALES Y DIRECCIONES DISTRITALES		FUNCIONARIOS: D. DISTRITALES: 5064 C. ZONALES: 756	6.224.132		6.928.422	1.150.542	111.375	1.261.917	8.190.339	98.284.068
TOTAL PLANTA CENTRAL		611				1.044.323	289.002		1.333.325	15.999.904
TOTAL MSP LOSEP (NOMBRAMIENTO) + CÓDIGO		6.431							9.523.664	114.283.972
TOTAL MSP LOSEP (NOMBRAMIENTO Y CONTRATOS O) + CÓDIGO		7.717								137.140.767